



**РОЛЬ СУДОВО-МЕДИЧНОЇ ЕКСПЕРТИЗИ
ПРИ ВИЗНАЧЕННІ ЮРИДИЧНОЇ
ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ МЕДИЧНИХ
ПРАЦІВНИКІВ**

*Матеріали студентської конференції
(27 грудня 2016 рік)*





РОЛЬ СУДОВО-МЕДИЧНОЇ ЕКСПЕРТИЗИ ПРИ ВИЗНАЧЕННІ ЮРИДИЧНОЇ ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ

Матеріали студентської конференції

Відповідальний за випуск **Ергард Н.М.**

Підписано до друку 26.12.2016
Формат 60x84. Папір офсетний.
Тираж 30 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

РОЛЬ СУДОВО-МЕДИЧНОЇ ЕКСПЕРТИЗИ ПРИ ВИЗНАЧЕННІ ЮРИДИЧНОЇ ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ

*Матеріали студентської конференції
(27 грудня 2016 рік)*



Київ 2016

Роль судово-медичної експертизи при визначенні юридичної відповідальності медичних працівників: збірник матеріалів студентської конференції / редкол.: Михайличенко Б.В., Ергард Н.М.; Київ. Кафедра судової медицини та медичного права НМУ ім. О.О. Богомольця. – К.: Кафедра судової медицини та медичного права НМУ ім. О.О. Богомольця, 2016. – 100 с.

На студентській конференції обговорена роль судово-медичної експертизи при визначенні юридичної відповідальності медичних працівників, застосування спеціальних знань при визначенні причинно-наслідкових зв'язків по дефектам надання медичної допомоги, участь судово-медичних експертів та лікарів-спеціалістів у проведенні судово-медичних експертиз щодо лікарських помилок, види юридичної відповідальності медичних працівників за порушення у медичній сфері, а також інші питання.

Для студентів, викладачів, експертів, аспірантів, ад'юнктів навчальних закладів юридичного та медичного профілю.

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

УДК 340.6:061.3-057.875

© Кафедра судової медицини та медичного права, 2016.

© Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, 2016.

наслідками у хворого вирішуються лише в рамках проведення судово-медичної експертизи у відділі комісійних судово-медичних експертиз [2]. Тому родичів необхідно попередити про те, що процесуально може існувати декілька видів судово-медичних експертиз по одному і тому ж випадку і все залежить від поставлених перед експертами питань.

Список використаних джерел

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

2. 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>. – Назва з екрану.

зкладах без зовнішніх ознак насильницької смерті, а під час розтину патологоанатом знаходить ознаки насильницької смерті, наприклад ушкодження від дії тупого чи гострого предметів, в такому разі він повинен припинити розтин і сповістити про «знахідку» поліцію, яка винесе Постанову про призначення судово-медичної експертизи і подальший розтин тіла продовжить судово-медичний експерт [1]. Такий розтин територіально може бути продовжений у тому ж морзі патологоанатомічного відділу, або бути перенесеним у морг судово-медичного Бюро. Патологоанатом складає «Протокол патологоанатомічного розтину» із зазначенням етапів та об'єму розтину, набраних ним матеріалів для лабораторних досліджень, обставини припинення розтину із зазначенням знайдених ушкоджень, час і дату звернення до поліції, а також прийняття тіла судово-медичним експертом на підставі Постанови. Копію такого Протоколу патологоанатом повинен передати до органів досудового розслідування, якими було призначено подальшу судово-медичну експертизу і цей Акт залучають до матеріалів кримінальної справи.

Іноді існує інша ситуація, коли наприклад, був проведений патологоанатомічний розтин тіла без ознак насильницької смерті, проте родичі померлого сумніваються у об'єктивності патологоанатомічного заключення і вимагають у органів досудового розслідування призначити проведення повторного розтину тіла померлого у Бюро судово-медичної експертизи. Такий розтин може бути проведений на підставі Кримінального провадження із відкриттям Кримінальної справи, або за кошт родичів на підставі цивільного позову із відкриттям Цивільної справи. Проведення повторного розтину тіла в рамках Кримінальної чи Цивільної справи не впливає на якість та об'єктивність судово-медичної експертизи, тому родичам не слід перейматися з цього приводу.

Питання, які вирішує судово-медичний експерт відділу дослідження трупів при проведенні судово-медичної експертизи повторного розтину тіла стосуються причини смерті, підтвердження чи не підтвердження патологоанатомічного діагнозу, а також встановлення наявності у крові чи сечі померлого токсичних чи медикаментозних речовин. Питання, що стосуються встановлення будь-яких причинно-наслідкових зв'язків між неналежним наданням медичної допомоги та літальними

ВІТАЛЬНЕ СЛОВО

до учасників студентської конференції
«Роль судово-медичної експертизи при визначенні
юридичної відповідальності медичних працівників»

Шановні учасники та гості конференції! Вітаємо Вас у нашому навчальному закладі – Національному медичному університеті ім. О.О. Богомольця, який цього року відмітив своє 175-ти річчя.

Безпосереднім організатором наукового заходу є кафедра судової медицини та медичного права. Наша кафедра набула авторитету, підтвердженого багаторічним досвідом підготовки як студентів медичних та стоматологічних факультетів, так і лікарів-інтернів фахівців судово-медичного спрямування.

Своїми думками та ідеями в нашому збірнику готові поділитися учасники навчальних закладів медичного та юридичного профілю міста Києва та інших регіонів України.

Важливість даного заходу обумовлена необхідністю висвітлення питань щодо ролі судово-медичної експертизи при визначенні юридичної відповідальності медичних працівників в умовах реформування Міністерства охорони здоров'я, концептуальних змін у структурі правоохоронних органів, реформування Міністерства внутрішніх справ і становлення Національної поліції.

Поряд із цим – в умовах загострення питання щодо створення страхової медицини у розгляді першочергових питань є проблема у притягненні медичних працівників до кримінальної відповідальності за скоєння ними злочинів проти життя населення дефективним наданням медичної допомоги, ефективного та результативного проведення судово-медичних експертиз по дефектам надання медичної допомоги, а також залучення лікарів-спеціалістів відповідно до оновленого кримінального процесуального законодавства.

Сподіваємось, що комплексний підхід до розгляду актуальних питань, якісно нові погляди на синтез науки і практики дадуть позитивні результати в оптимізації роботи правоохоронних органів, експертних установ, наукових і навчальних закладів.

Традиції нашої кафедри залишаються незмінними: ми завжди готові до конструктивної співпраці, до обговорення нових ідей та

планів дій, впровадження їх у медичну та правозастосовну практику.

І на завершення. Перебіг і матеріали конференції стануть ще одним підґрунтям і стимулом подальшої координації дій студентів та курсантів як майбутніх кваліфікованих фахівців.

Тільки за таких умов нам вдасться спільно сформулювати оновлену тактику і стратегію, спрямовану на досягнення поставленої високої мети.

лікарі-консультанти перебувають тут у статусі не як судово-медичні експерти, а лише як консультанти у медичній сфері, тому отримані від них консультативні заключення СМЕ може включати у основну частину свого «Висновку експерта», посилаючись на ці заключення, але у підсумковій частині останнє слово та право підпису залишається лише у судово-медичних експертів.

Відомі випадки, коли лікарі-консультанти давали неправдиві заключення, аби не свідчити проти своїх колег-лікарів, що в подальшому може впливати на об'єктивність судово-медичного висновку та поставити під сумнів проведену судово-медичну експертизу. Тому лікарі СМЕ повинні постійно підвищувати свій професійний рівень, брати участь у конференціях присвячених новим методам лікування та лікарським засобами, проходити тренінгові навчання щодо впровадження новітніх діагностичних технологій тощо. Для того, щоб на достатньо професійному рівні контролювати достовірність консультативних заключень лікарів-консультатів, що не лише підвищить об'єктивність та достовірність заключної частини «Висновку експерта», але й в подальшому дасть можливість потерпілим особам притягнути низько кваліфікований медичний персонал до юридичної відповідальності.

Юрченко Богдан Володимирович

Завідувач відділу дослідження трупів

Київського міського клінічного

бюро судово-медичної експертизи

Ергард Наталія Миколаївна

Кафедра судової медицини та медичного

права НМУ ім. О.О. Богомольця, асистент

ПІДСТАВИ ПРОВЕДЕННЯ СУДОВО-МЕДИЧНОГО РОЗТИНУ ПІСЛЯ ПАТОЛОГОАНАТОМІЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ТРУПІВ

Патологоанатомічні дослідження трупів проводяться у випадках ненасильницької смерті, особливо, коли смерть людини настала у лікарняних закладах. Проте, існують обставини, за яких патологоанатомічний розтин припиняється і продовжується вже судово-медичним експертом, або взагалі проводиться повторний розтин тіла у Бюро судово-медичної експертизи.

Так, наприклад, коли смерть потерпілого настала у лікарняних

Юрченко Володимир Тимофійович
 Начальник Київського міського
 клінічного бюро судово-медичної експертизи
Ергард Наталія Миколаївна
 Кафедра судової медицини та медичного
 права НМУ ім. О.О. Богомольця, асистент

ДОЦІЛЬНІСТЬ ЗАЛУЧЕННЯ ЛІКАРІВ-КОНСУЛЬТАНТІВ ПРИ ПРОВЕДЕННІ СУДОВО-МЕДИЧНОЇ ЕКСПЕРТИЗИ ПО ДЕФЕКТАМ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

Судово-медичні експертизи по дефектах надання медичної допомоги проводяться у відділі комісійних судово-медичних експертиз в Бюро судово-медичної експертизи за Постановою органів досудового розслідування або суду на підставі звернення громадян до поліції щодо встановлення факту і розслідування злочинних дій з боку медичного персоналу.

Такі судово-медичні експертизи можуть мати напрямки у різні галузі медичної діяльності (акушерсько-гінекологічні, стоматологічні, хірургічні, неврологічні та нейрохірургічні тощо), тому підкованість і кваліфікація лікарів судово-медичних експертів повинна бути на вищому рівні.

Нажаль, існує обивательська думка, що судово-медичні експерти займаються лише розтинами трупів із насильницькою смертю і до встановлення дефектів у наданні медичної допомоги не мають ніякого відношення, тому що не атестовані як лікарі-рентгенологи чи лікарі-хірурги тощо. Такі думки притаманні некваліфікованому населенню, особливо серед медичної сфери. Слід зазначити, що кваліфікація судово-медичного експерта охоплює всю галузь медичної діяльності і хоча, судово-медичний експерт технічно не проводить, наприклад, хірургічні втручання, проте повинен знати медичні покази до них, а також тактику та можливі ускладнення при будь-яких видах хірургічних втручань, що б в подальшому встановити причинно-наслідковий зв'язок між виникненням негативних наслідків у пацієнта та наданням йому медичної допомоги, наприклад, лікарями-хірургами тощо.

При проведенні судово-медичних експертиз по виявленню дефектів у наданні медичної допомоги судово-медичний експерт (надалі – СМЕ) вправі залучити лікаря-консультанта тої галузі медицини, по якій проводиться експертиза. Але, слід зауважити, що

ЗМІСТ

Антонюк П.Є., Ієрусалимов І.О. Формування професійної компетентності судово-медичного експерта.....	8
Андрусенко М.М. Випадок неналежної діагностики та неналежного надання медичної допомоги хворому лікарями карети швидкої медичної допомоги, що призвело до літального наслідку.....	11
Белей О.Л., Гончарук-Хомин М.Ю. Удосконалення графічних методів комплексної оцінки змін кісткової тканини щелеп після виконання аугментаційних процедур у судово-стоматологічній практиці.....	12
Григор'єва М.Ю., Федорова О.А. Аналіз експертних помилок в діяльності судово-психіатричного експерта.....	16
Денисенко А.С., Воронкова О.С., Вінніков А.І. Частота виявлення маркерів гепатиту та ВІЛ серед контингенту потенційних донорів.....	18
Кулій О.І. Особливості встановлення гістологічного діагнозу криптококоз та наслідки неправильної диференційної діагностики.....	25
Калініна С.М., Федорова О.А. Критерии судебно-психиатрического определения невменяемости подозреваемого, больного шизофренией.....	29
Конопацька К.Ю. Поняття і види злочинів проти здоров'я населення.....	32
Лихова С.Я. Використання спеціальних медичних знань при застосуванні норм Кримінального законодавства України.....	35
Марчак І.В., Ергард Н.М. Експертна оцінка жирової емболії при переломі шийки стегнової кістки.....	38
Маміна А.В., Федорова О.А. Судебно-медицинский анализ некоторых недочетов в реанимационной практике.....	41
Мельник М.С., Ергард Н.М. Лікарські помилки.....	44

Осипенко К.А., Антонюк П.Є. Щодо судово-медичної експертизи трупів новонароджених.....	52
Плетенецька А.О. Експертна оцінка надання медичної допомоги у випадках летальності у багатопрофільній лікарні.....	54
Пустовойт А.А., Антонюк П.Є. Основи та правила проведення експертизи дефектів надання медичної допомоги.....	58
Перебийніс В.В., Ергард Н.М. Актуальні питання дитячої та материнської смертності під час пологів.....	60
Придрик К.О., Діденко О.І., Варуха К.В. Лікарська помилка: збіг обставин чи кримінальний злочин?.....	62
Самойленко К.В., Антонюк П.Є. Роль судово-медичної експертизи при розслідуванні злочинів проти життя та здоров'я особи.....	67
Селіверстова К.А. Проблемні питання лікарських помилок хірургічного профілю в Україні.....	69
Євсейчик А.С., Ергард Н.М. Кримінальна відповідальність медичних працівників.....	71
Школьний С.Ю., Ергард Н.М. Судебно-медична експертиза по врачебным делам.....	74
Щеглов О.А., Мусієнко Д.В., Гунас В.І. Випадок з практики – помилковий вибір тактики лікування онкологічного захворювання.....	77
Фальковська А.В., Федорова О.А. Анализ неблагоприятных исходов в акушерско-гинекологической практике, пути повышения качества и эффективности оказания медицинской помощи.....	79
Федорова А.В., Федорова О.А. Лікарські помилки в стоматології.....	84
Федорова А.В. Необхідність перегляду мір відповідальності для лікарів-стоматологів за неякісне лікування зубів.....	88
Федорова А.В., Федорова О.А. Види відповідальності за лікарські помилки.....	91

психоемоційного спокою у хворих напередодні операції. Підготовка шлунково-кишкового тракту. Однією з обов'язкових умов майбутньої операції є забезпечення «порожнього шлунка» для попередження такого ускладнення, як аспірація його вмісту в дихальні шляхи. Безпосередня премедикація. При необхідності планових оперативних втручань її проводять за 30-40 хвилин до введення (індукції) хворих у наркоз. При застосуванні класичної премедикації вводять внутрішньо-м'язово: а) периферичний М-холінолітик ; б) антигістамінний засіб; в) наркотичний анальгетик [2].

Найчастішою причиною смерті при недостатній підготовці хворого до наркозу є аспірація блювотними масами – попадання шлункового вмісту в трахею і бронхи, що призводить до тяжких пневмоній часто з летальним результатом. Яскравим прикладом цього є випадок який трапився в одній із лікарень Рівненської області. Лікар не промив хворому шлунок перед операцією, під час операції пацієнт почав блювати. Блювотні маси потрапили в дихальні шляхи, що спричинило смерть хворого.

Отже, ми можемо зробити висновок, що підготовка хворого до наркозу є дуже важливим етапом хірургічного лікування. Обізнаність лікаря та правильна його діяльність допомагають уникнути тяжких наслідків для життя хворого.

Список використаних джерел

1. Кримінальний кодекс України // Відомості Верховної Ради України. – 2001. – № 40-41, 42. – ст. 492.
2. Ковальчук Л.Я. та ін. Анестезіологія, реанімація та інтенсивна терапія невідкладних станів: Навчальний посібник. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2003. – 324 с.

Цапук Марко Ігорович
 студент 2 групи 4 курсу
 факультету підготовки лікарів
 для збройних сил України
 Національного медичного
 університету ім. О.О.Богомольця
Перебийніс Вікторія Володимирівна
 3 медичного факультету
 Національного медичного
 університету ім. О.О.Богомольця

Цапук М.І., Перебийніс В.В.
 Недостатня підготовка хворого
 до наркозу як загроза для життя людини.....94
Юрченко В.Т., Ергард Н.М.
 Доцільність залучення лікарів-консультантів
 при проведенні судово-медичної експертизи
 по дефектам надання медичної допомоги.....96
Юрченко Б.В., Ергард Н.М.
 Підстави проведення судово-медичного розтину
 після патологоанатомічного дослідження трупів.....97

НЕДОСТАТНЯ ПІДГОТОВКА ХВОРОГО ДО НАРКОЗУ, ЯК ЗАГРОЗА ДЛЯ ЖИТТЯ ЛЮДИНИ

Загальне знеболювання, або наркоз, – стан, що характеризується тимчасовим виключенням свідомості, больової чутливості, рефлексів і розслабленням скелетних м'язів, викликане впливом наркотичних речовин. Недостатня підготовка хворого до наркозу призводить до тяжких наслідків, навіть до смерті.

Причиною смерті може бути нещасний випадок (несприятливий наслідок викликаний обставинами, які лікар не міг передбачити і усунути); лікарська помилка (об'єктивні чи суб'єктивні причини при наявності пом'якшуючих обставин) – недостатні діагностика, досвід, вміння лікаря при його добросовісності; медичне правопорушення і професійний злочин (порушення професійних обов'язків – халатність, легковажність, злочинна недбалість) [1].

Актуальність цієї теми полягає в тому, що будь-яке оперативне втручання неможливе без анестезії, але й анестезія потребує правильної підготовки.

При підготовці хворого до анестезії лікар-анестезіолог повинен оцінити стан хворого та провести корекцію виявлених розладів життєзабезпечення, щоб попередити ускладнення, можливі під час операції – тобто створити такі умови, щоб провести анестезіологічне забезпечення з найбільшою адекватністю та найменшою шкодою для хворого.

Передопераційна підготовка хворих (премедикація) поділяється на віддалену та безпосередню.

Віддалена підготовка - комплекс заходів, які проводять хворим в переддень операції з метою їх підготовки до анестезіологічного забезпечення. Одним із завдань анестезіолога є забезпечення

Антонюк Поліна Євгенівна

Кафедра криміналістики та судової
медицини Національної академії внутрішніх справ
кандидат юридичних наук, професор

Ієрусалимо Ігор Олександрович

Кафедра досудового розслідування
ННІ № 1 Національної академії
внутрішніх справ
кандидат юридичних наук, професор

ФОРМУВАННЯ ПРОФЕСІЙНОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ СУДОВО-МЕДИЧНОГО ЕКСПЕРТА

Судово-медична експертиза – самостійний клас судових експертиз. Особливе її місце в процесі забезпечення правосуддя України незалежною, кваліфікованою і об'єктивною експертизою визначається нормами Закону України «Про судову експертизу» від 25.02.94 [2], наділяючи повноваженням здійснення судово-експертної діяльності, пов'язаної з проведенням судово-медичних експертиз виключно державні спеціалізовані установи – бюро судово-медичних експертиз.

При цьому законодавець встановлює певні кваліфікаційні вимоги щодо фахівців державних установ судово-медичної експертизи: вища медична (фармацевтична) освіта, спеціальна підготовка з проведення судово-медичних експертиз та сертифікат на звання судово-медичного експерта [1].

Зважаючи на соціальну значимість висновку судового експерта як джерела доказів, погоджуємося з думкою щодо необхідності сполучення у судового експерта комплексу знань: спеціальних, правових, суспільно-політичних. Вважаємо, що лише при наявності у судово-медичного експерта професійних знань та досвіду можливо проведення кваліфікованого експертного дослідження та вироблення єдиного вірного висновку за результатами дослідження.

Особливість судово-медичної експертної діяльності полягає не лише в особливості галузі спеціальних знань судового експерта – медичні науки, а й в розмаїтті об'єктів дослідження судово-медичної експертизи, що визначають межі її компетенції та, відповідно, критерії професійно значущих компетентностей судово-медичного експерта, ступінь розвитку яких обумовлюють

Іншими словами, чи було лікування, застосоване лікарем, нижче того стандарту лікування, який встановлено законом, і, отже, чи можна говорити про наявність цивільно-правового порушення або кримінально караного діяння.

Головна і найважча задача, яку повинен вирішити постраждалий пацієнт в судовому розгляді, - це тягар доведення того, що недбалість лікаря стала причиною завданої шкоди. Позивач повинен довести не те, що лікар не зміг його вилікувати від недуги, а те, що при лікуванні він істотно відхилився від загальноприйнятих норм, що негативним чином вплинуло на стан здоров'я позивача.

Доведення вини медичних працівників. Залучення до кримінальної або цивільно-правової відповідальності вимагає доведення провини, наявності причинно-наслідкового зв'язку з настанням шкоди. Для визначення дефектів у наданій медичній допомозі чи послугі, судом беруться до уваги чинні стандарти та протоколи з певної спеціальності та призначається експертиза.

Найбільш вагомим доказом наявності чи відсутності дефектів у наданні медичної допомоги є судово-медична експертиза. Експерт чи група експертів надають свій висновок на підставі наданої медичної документації.

Тому, кожен лікар має не тільки пам'ятати про правила ведення медичної документації, але й вести документацію належним чином.

Якісна медична допомога має надаватися в повній відповідності до стандартів діагностики та лікування тієї чи іншої хвороби. У разі лікарської помилки повинні бути встановлені недоліки надання медичної допомоги, невідповідність дій медичного працівника існуючим в сучасній медицині правилам, нормам, стандартам.

Висновок. В муніципальних стоматологічних поліклініках працюють різні категорії співробітників, що відрізняються за віком, професійної та психологічної підготовки, по відношенню до своєї спеціальності як до продаваної послуги і т.д. Тому досягти зниження правових помилок у такій ситуації можна тільки при постійній роботі персоналу ЛПУ з юристами і психологами, підвищуючи значимість проблеми взаємовідносин між виробником і споживачем стоматологічних послуг. Особливо важливо проводити таку роботу з «віковими» лікарями-стоматологами муніципальних ЛПУ, які нерідко відчувають синдром «професійної втоми».

Кримінальним кодексом України зазначено, що для настання відповідальності за вчинений злочин необхідні 3 умови: умисел, вина та причино-наслідковий зв'язок між діями медичного працівника та наслідками для здоров'я чи життя людини. Тобто, дії медичного працівника в конкретному випадку були об'єктивно неправильними, що знаходяться в суперечності з загальновизнаними і загальноприйнятими правилами медицини. При цьому, медичний працівник в силу отриманої освіти та займаної посади повинен був усвідомлювати, що дії його є неправильними і тому можуть заподіяти шкоду хворому. Ці об'єктивно неправильні дії сприяли настанню несприятливих наслідків – смерті хворого або заподіяння істотної шкоди його здоров'ю.

Отже, відповідно до Кримінального кодексу України особа підлягає кримінальній відповідальності лише за ті небезпечні наслідки, щодо яких встановлено його вина. Кримінальна відповідальність за невинне заподіяння шкоди, не допускається.

Винною у злочині визнається особа, яка вчинила діяння навмисно або з необережності. Навмисне скоєння «медичного» злочину зустрічається не так часто. В переважній більшості випадків правопорушення медичними працівниками вчиняються з необережності (діяння, вчинене з легковажності чи недбалості).

Злочин може бути і визнається вчиненим з легковажності, якщо особа передбачала можливість настання суспільно небезпечних наслідків своїх дій (бездіяльності), але без достатніх до того підстав самовпевнено розраховувало на запобігання цих наслідків.

Злочин визнається вчиненим з недбалості, якщо особа не передбачала можливості настання суспільно небезпечних наслідків своїх дій (бездіяльності), хоча за необхідної пильності і передбачливості мала й могла передбачити ці наслідки.

У медичній практиці недбалість визначається як істотна розбіжність у порівнянні з загальноприйнятими нормами дій медичних працівників зі схожим освітою і досвідом, що призвело до шкоди для здоров'я даного пацієнта.

При встановленні того, чи мала місце недбалість, суди дотримуються тих же визначень, які вони використовують при розгляді будь-яких інших цивільних позовів або кримінальних справ. Головне питання, на який потрібно відповісти судді – чи мало місце неналежне виконання стороною своїх зобов'язань?

його загальну професійну компетентність.

В теорії судової експертизи компетентність розглядається як суб'єктивна якість експерта, яка відображає готовність (здатність) експерта до практичного проведення експертних досліджень. По ступеню загальності поняття компетентності експерта розглядається на трьох рівнях [4]: базова компетентність, особиста та компетентність експерта в конкретній експертизі. В сучасних умовах під професійною компетентністю судово-медичного експерта пропонуємо розуміти сукупність певних уявлень, знань, вмінь та навиків [5].

Особливість судово-експертної діяльності ставить на особливе місце в структурі професійної складової судового експерта саме наявність так званого «експертного досвіду». При існуванні такого явища як судово-медична казуїстика наявність експертного досвіду саме для судово-медичного експерта набуває особливого значення [6].

Разом з тим набуття експертного досвіду неможливе без експертного мислення – індивідуальної особливості, заснованої на розумінні законів формальної логіки, можливостей застосування загальновідомих методів пізнання об'єктивної дійсності та вміння розмежувати інтуїтивні відчуття від науково обґрунтованих знань при формуванні внутрішнього переконання при вирішенні експертного завдання.

Для судово-медичного експерта наявність лише експертного мислення недостатня: особливість діяльності вимагає від суб'єкта наявність саме судово-медичного експертного мислення як однієї з форм клінічного лікарського мислення [3].

Важливим аспектом судово-медичного експертного мислення є не лише процедура його формування, але й необхідність в його постійному вдосконаленні, що забезпечується як в процесі набуття експертного досвіду, так і в забезпеченні безперервності професійного саморозвитку та самоосвіти.

Розширення інформаційного простору змінює підхід до професійної кваліфікації судово-медичного експерта, виводячи на нове місце значення професійної компетентності – конкретних вмінь застосувати отримані знання.

Таким чином, основними складовими професійної компетентності сучасного судово-медичного експерта вважаємо судово-медичне експертне мислення та експертний досвід. Складові професійної компетентності судово-медичного експерта в

поєднанні з професійною компетенцією визначають вимоги кваліфікаційної характеристики фахівця державних спеціалізованих установ – судово-медичного експерта, відображені у відповідних нормативних актах.

І якщо кожний судово-медичний експерт, не зневажатиме загальновідомим *minimumus curat medicina forensic*, то в результаті здійснення професійної діяльності та набуття експертного досвіду буде прагнути до саморозвитку та самовдосконалення, забезпечивши повний та чіткий самоконтроль не лише за проведенням експертного дослідження, а й його оцінки та оформлення висновків [7].

Запропонований підхід до професійної компетентності судово-медичного експерта можливий при створенні єдиного наукового, практичного та теоретичного простору, що забезпечить безперервність професійної самоосвіти.

Список використаних джерел

1. Інструкція про проведення судово-медичної експертизи. Наказ МОЗ України від 17.01.95 № 6 [Електронний ресурс] - <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/z0254-95>.
2. Закон України «Про судову експертизу» від 25.02.1994 № 4038-ХІІ (із змінами) [Електронний ресурс] - <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/4038-12>.
3. Антонюк П.Є. Щодо професійної компетентності судово-медичного експерта // Криміналістичний вісник: наук.-практ. зб. / [голов. ред. В.В. Черней] / ДНДЕКЦ МВС України; НАВС. – К.: ПК «Типографія від «А» до «Я», 2016. - № 1 (25). – 211с.: іл. – С. 36 – 41.
4. Щербаковский М.Г., Щербаковская Л.П. Компетентность судебного эксперта // Криминалистика и судебная экспертиза: Межведомственный научно-методический сборник. Вып. 58, ч. 2 / Отв. Ред. И.И. Емельянова. – К.: Министерство юстиции Ураины, 2013. – 608 с. – С. 95-104.
5. Буромский И.В. Формирование профессиональной компетентности врача в области судебной медицины и судебно-медицинской экспертизы в современных условиях: Автореф. дис. докт. мед. наук (14.00.24). – М., 2009.
6. Попов В.Л. Судебно-медицинская казуистика. – Л.: Медицина, 1991, 304 с.: ил.

Федорова А. В.

студентка 4 курсу стоматологічного факультету № 17 групи
Національного медичного університету імені О.О.Богомольця
Науковий керівник – асистент
Федорова Олена Анатоліївна
Кафедра судової медицини та медичного права
Національного медичного університету імені О.О.Богомольця

ВИДИ ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ ЗА ЛІКАРСЬКІ ПОМИЛКИ

Український Кримінальний кодекс у розділі «Злочини проти життя та здоров'я особи» налічується 11 «медичних» статей, за якими може бути притягнуто до відповідальності медичного працівника (ст. 131, 132, 136, 137, 139, 140, 141-145).

Як такого законодавчо закріпленого поняття «лікарська помилка» не існує. Законодавству термін «лікарська помилка» невідомий, але юристи, як правило, його застосовують у всіх випадках настання несприятливих подій для пацієнта – чи зумовлені вони реальними дефектами надання медичної допомоги, чи порушеннями з боку пацієнта, чи зненацька виникли (є казусом).

Стаття 1172. Відшкодування юридичною або фізичною особою шкоди, завданої їхнім працівником чи іншою особою

1. Юридична або фізична особа відшкодовує шкоду, завдану їхнім працівником під час виконання ним своїх трудових (службових) обов'язків.

2. Замовник відшкодовує шкоду, завдану іншій особі підрядником, якщо він діяв за завданням замовника.

3. Підприємницькі товариства, кооперативи відшкодовують шкоду, завдану їхнім учасником (членом) під час здійснення ним підприємницької або іншої діяльності від імені товариства чи кооперативу.

Якщо шкода заподіяна у державному чи приватному ЛПЗ, то відповідачем у цивільній справі буде виступати юридична особа, а якщо пацієнт звертався до приватно практикуючого лікаря, то відповідач – безпосередньо заподіювач шкоди, тобто лікар.

кримінальної відповідальності, згідно статтям 121,122,125 ККУ [1].

І судово-медична експертиза відіграє в цьому процесі головну роль. При визначенні ступеню тяжкості тілесних ушкоджень, судово-медичні експерти керуються чинними Правилами судово-медичного визначення ступенів тяжкості тілесних ушкоджень[2].

В основу нашої класифікації ступенів тяжкості тілесних ушкоджень покладено відсоток втрати працездатності, який був викликаний втратою зуба (зубів). За даними наших та голландських судово-медичних експертів:

- втрата від 1 до 3 зубів – 5%- легка ступінь тілесних пошкоджень;
- 4-8 зубів – 10%- середня ступінь тілесних пошкоджень;
- 9-12 зубів-20%- тяжка ступінь тілесних пошкоджень.

Таким чином, якщо ми будемо вважати, що втрата зуба – це втрата органу, оскільки зуб є морфологічно оформленою і функціонально спеціалізованою частиною організму, то кримінальна відповідальність медичних працівників може наставати вже за іншим ступенем тяжкості тілесних ушкоджень. А це, в свою чергу, може сприяти більш відповідальному відношенню стоматологів до виконання ними професійних обов'язків.

Тому вважаю, що питання щодо перегляду ступенів тяжкості тілесних ушкоджень, які пов'язані з неправильним, несвоєчасним лікуванням, ускладненням якого є втрата зуба, що в подальшому може призвести до втрати декількох, або всіх зубів і серйозно вплинути на подальше життя людини, – є актуальним.

Список використаних джерел

1. Кримінальний кодекс України: Кодекс України від 05.04.2001 № 2341 із змінами та доповненнями.
2. Правила судово-медичного визначення ступенів тяжкості тілесних ушкоджень затверджені наказом МОЗ України від 17 січня 1995 р. № 6. [Електронний ресурс] – Режим доступу : <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/z0255-95>.

7. Моїсєєв О.М., Перепічка О.І. Самоконтроль в експертному дослідженні // Криминалистика и судебная экспертиза: Межведомственный научно-методический сборник. Вып. 58, ч. 1 / Отв. Ред. И.И. Емельянова. – К.: Министерство юстиции Украины, 2013. – 472 с. – С. 131-137.

Андрусенко Михайло Миколайович
завідуючий Бориспільським районним
відділенням судово-медичної
експертизи КОБ СМЕ

ВИПАДОК НЕНАЛЕЖНОЇ ДІАГНОСТИКИ ТА НЕНАЛЕЖНОГО НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРОМУ ЛІКАРЯМИ КАРЕТИ ШВИДКОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ, ЩО ПРИЗВЕЛО ДО ЛІТАЛЬНОГО НАСЛІДКУ

Останнім часом в Україні збільшилися випадки звернення громадян до суду щодо випадків неналежного надання медичної допомоги хворим лікарями карети швидкої медичної допомоги (надалі – КШМД) із летальними наслідками.

Надання неналежної медичної допомоги лікарями КШМД може бути пов'язано із неповноцінною діагностикою, неправильними диференційними діагнозами, недостатніми медичними знаннями медичних працівників через їх низьку професійну кваліфікацію.

Наводимо приклад із судово-медичної практики неправильно встановленого діагнозу хворому лікарями КШМД з подальшим літальним наслідком: 24 лютого 2016 року був доставлено труп громадянина П. 1989 р.н., смерть якого, за обставинами, була раптовою. Напередодні він із друзями відмічав 23 лютого, ввечері заснув на лавці, родичі віднесли додому, під ранок йому стало «погано», почалась блювота. Родичі викликали карету швидкої медичної допомоги, була надана медична допомога, але чоловік помер. Лікарі встановили діагноз «Хронічна ішемічна хвороба серця» та сказали родичам, що чоловік багато випив напередодні, тому серце не витримало. Труп гр. П. було доставлено на судово-медичний розтин. В результаті розтину судово-медичним експертом було виявлено крововиливи на верхніх повіках обох очей синюшного кольору (симптом «окулярів»), дві ділянки перелому кісток склепіння та основи черепа, лінійного та вдавненого обмеженого характеру. Значний об'єм біля 180 см³,

згорток над твердою мозковою оболонкою. Блюде подібне стиснення головного мозку. Надалі працівниками поліції було встановлено, що напередодні смерті гр. П. відбулась бійка між ним та гр. К., з яким він розпивав спиртні напої. Отже, із вищеприведеного видно, що у хворого була певна клінічна неврологічна симптоматика (симптом «окулярів», блювота), наявність якої повинно було змусити лікарів КШМД запідозрити черепно-мозкову травму із переломом основи черепа і негайно направити хворого до лікування у нейрохірургічне відділення лікарні, проте лікаря халатно віднесли до гр. П. внаслідок чого прискорили йому летальний наслідок.

Слід зауважити, що за такі медичні помилки із літальними наслідками медичних працівників необхідно не лише притягати до кримінальної відповідальності, але й забирати у них дипломи спеціалістів та ліцензії на надання медичної допомоги, що б у інших пацієнтів в майбутньому був шанс на вилікування.

Белей Остап Любомирович

аспірант кафедри ортопедичної стоматології,
Науково-навчальний центр судової стоматології
ДВНЗ «Ужгородський національний університет»

Гончарук-Хомин Мирослав Юрійович

аспірант кафедри ортопедичної стоматології,
Науково-навчальний центр судової стоматології
ДВНЗ «Ужгородський національний університет»

УДОСКОНАЛЕННЯ ГРАФІЧНИХ МЕТОДІВ КОМПЛЕКСНОЇ ОЦІНКИ ЗМІН КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ ЩЕЛЕП ПІСЛЯ ВИКОНАННЯ АУГМЕНТАЦІЙНИХ ПРОЦЕДУР У СУДОВО-СТОМАТОЛОГІЧНІЙ ПРАКТИЦІ

Вступ. Розвиток сучасної імплантологічної галузі, що дозволяє провести ефективну реабілітацію стоматологічних пацієнтів у випадках часткової та повної адентії, передбачає скорочення кількості відносних протипоказів до встановлення титанових інтраосальних конструкцій, особливо у випадках дефіциту кісткової тканини чи недостатніх геометричних параметрах резидуального гребня [1]. Така тенденція аргументована паралельним прогресивним розширенням можливостей направленої кісткової реконструкції з використання різних типів

порожнина, яка переходить в зубний канал. У цій порожнині розташована пухка тканина – пульпа. Пульпа складається з кровоносних судин, лімфатичних вузлів і нервів, що вже свідчить про існування зуба як самостійного органу. Зуби виконують в житті людей дуже значну роль, оскільки беруть участь в пережовуванні їжі, мові, посмішці. Якщо у людини буде порушено процес пережовування їжі, то в неї будуть виникати проблеми з шлунково-кишковим трактом (гастрит, виразка, рак та ін.), що може призвести до дуже серйозних наслідків і навіть до втрати працездатності або інвалідності.

При втраті зубів, особливо в фронтальній ділянці, буде порушуватися чіткість і розбірливість мови – що значно ускладнить перебування людини в соціумі, проблеми з устроєм на роботу.

Усмішка – це одне з найважливіших візитних карток. При втраті зубів у фронтальній групі, будуть виникати естетичні вади, що можуть призвести до психоемоційних розладів.

Однією з причин «вмирання» зуба є неякісне, несвоєчасне або неправильне надання стоматологічної допомоги, що, в свою чергу, призведе до серйозних ускладнень, які можуть закінчитися втратою зуба. А відсутність, навіть, одного зуба – це пусковий механізм для змін в ротовій порожнині. Змінюються положення зубів антагоністів, згідно феномену Годона, в бік дефекту, утворення травматичного вузла, що викликає зміни і захворювання тканини пародонта. Отже, якщо вчасно не ліквідувати проблему, то це може призвести до втрати сусідніх, а згодом - і всіх зубів. Так як втрата зуба може відбутись, з вищезазначених причин, за вини стоматолога, то діючим законодавством передбачені міри відповідальності медичних працівників.

Тому слід розглянути дії лікарів-стоматологів, які можуть кваліфікуватись, як правопорушення.

До правопорушень медичних працівників відноситься:

- порушення протоколу лікування;
- використання неякісних матеріалів, або не за їхнім призначенням;
- недотримання санітарно-гігієнічних норм;
- недостатня або неякісна дезінфекція та стерилізація стоматологічних інструментів;
- недостатня кваліфікація лікаря.

В зв'язку з цим лікар-стоматолог повинен бути залучений до

недбале ставлення до проблем пацієнта. Поінформування може проводитись у самих різноманітних формах: під час проведення клініко-судово-медичних конференцій, профілактичних бесід представників правоохоронних органів з працівниками стоматологічних поліклінік, за допомогою фахових публікацій тощо.

Федорова Аліна Вячеславівна

Студентка 17 групи 5 курсу
стоматологічного факультету
НМУ імені О.О. Богомольця

НЕОБХІДНІСТЬ ПЕРЕГЛЯДУ ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ ДЛЯ ЛІКАРІВ-СТОМАТОЛОГІВ ЗА НЕЯКІСНЕ ЛІКУВАННЯ ЗУБІВ

Мета роботи є обґрунтування необхідності перегляду мір відповідальності лікарів-стоматологів за неякісне, несвоєчасне та неправильне лікування зубів, переоцінювання ступенів тяжкості тілесних ушкоджень при втраті зуба.

В сучасному світі стоматологія не стоїть на місці. З'являються нові методики лікування стоматологічних захворювань, нова апаратура, яка значно полегшує роботу лікаря-стоматолога. Однак, лікування пацієнтів і досі не є досконалим. Тому, в законодавчому плані стосовно стоматологічної допомоги пацієнтам залишаються актуальними деякі питання, які й досі ще не є вирішеними до кінця.

Ще здавна існував такий вираз: «Зуб не орган, стоматолог – не лікар», однак, минули роки і вченими був доведений інший факт: зуб – орган. Отже, що таке взагалі орган? Орган – частина тіла певної форми, що складається з однакових груп тканин і виконує певні функції. Тобто, орган є морфологічно оформленою і функціонально спеціалізованою частиною організму. До складу органа завжди входить кілька тканин, які утворюють складну структуру, що мають певну функцію.

У людини в порожнині рота налічується від 28-32 зубів. Зуб – це тверда тканина, але це не кістка. Він розташований в альвеолярному відростку щелепи і складається з твердих тканин: зубної емалі, дентину і зубного цементу, а також м'яких тканин – пульпи. Коронка покрита твердою емаллю, і саме вона є основною функціональною частиною всього зуба. Всередині зуба знаходиться

трансплантатних та допоміжних матеріалів, що забезпечують прогнозовану регенерацію кістки з відновленням параметрів не тільки її висоти і ширини, а й відповідних якісних характеристик [2]. Проте проблема оцінки динамічних змін кісткової тканини, яка полягає в об'єктивізації не тільки квантифікаційних, а й кваліфікаційних показників, залишається відкритим науково-практичним завданням в судово-стоматологічній практиці, оскільки зміна геометричних особливостей резидуального гребня не завжди прогнозовано відповідає якісним змінам щільності та параметрам ремодельовання кістки в області виконання направлених регенераторних маніпуляцій [3, 4, 5, 6].

Матеріали та методи дослідження. В ході дослідження був проведений порівняльний однорічний аналіз параметрів кісткової тканини щелеп у пацієнтів до та після установки імплантатів з суміжним виконанням реконструкції резидуального гребня у проблемних участках з використанням суміші ало- та автотрансплантату (1:1). Аналіз КТ-зображень передбачав візуальний аналіз стану кісткової тканини щелеп у проекціях аксіальних зрізів та трьох вимірних реформатів; визначення щільності кістки методом оптичної денситометрії; отримання профілю змін кісткової тканини по заданій траєкторії; отримання гістограм специфічних ділянок щелеп. В якості моделі освітлення використовували затінення по Фонгу, ретрейсинг зображень з врахуванням прозорості вокселів, графічні інструменти Clipping Box та полігональної лінійки. Для простоти обробки і аналізу трьохвимірних зображень використовували алгоритм ресемплінгу та принцип бікубічної фільтрації Мітчелла [7, 8, 9, 10]. Графічну обробку площинних реформатів з фрагментацією окремих ділянок кісткової тканини проводили з використанням растрового графічного редактора GIMP 2.

Результати. В ході проведеного експериментального дослідження вдалось встановити, що використання модифікованого графічного алгоритму оцінки змін кісткової тканини з використанням результатів КТ-досліджень забезпечує можливості для контролю показників щільності кістки як в області інтерфейсу аугментату з суміжними областями та і на різних рівнях контакту з титановою інтраосальною конструкцією. При цьому зміни середніх показників щільності при використанні класичного денситометричного протоколу аналізу коливались в межах 212,48-

467,12 НУ, а статистичної різниці шуканих параметрів у досліджуваних областях зареєструвати не вдалось. Завдяки використанню графічних алгоритмів затінення по Фонгу, ретрейсингу та інструменту Clipping Box вдалось підтвердити статистично різну динаміку змін якісних параметрів кістки у різних термінах спостереження та в різних топографічних областях. Так, в області інтерфейсу суміші аугментату і суміжної кісткової тканини показники змін щільності коливались в межах 114,23-567,78 НУ, та статистично корелювали із вихідними параметрами якості кісткової тканини різних участків щелеп. Середні показники змін щільності в корональній частині інтерфейсу імплантат/кістки становили – 224,34-456,43 НУ, в медіальній – 215,72-342,65 НУ, в апікальній – 208,72-289,22 НУ – подібний розподіл параметрів, очевидно зв'язаний з вектором та поширенням функціонального навантаження в різних частинах дентального імплантату.

Висновки. Використання адаптованих графічних інструментів аналізу результатів комп'ютерної томографії щелеп у пацієнтів після імплантації та суміжної аугментації дозволяє досягти максимально об'ємного відтворення зображення, проводити рендеринг напівпрозорих тканин з підтримкою режиму перспективної та паралельної проекцій, а також деталізувати особливості кісткової тканини у зоноспецифічних ділянках та визначати величину щільності через стандартизовану кубічну форму векселя із використанням бікубічної фільтрації Мітчелла. Подібний підхід забезпечує максимальну об'єктивізацію показників не тільки геометричних, але й якісних змін кістки в області різних інтерфейсів та з урахуванням впливу функціонального навантаження на титанову інфраконструкцію, що в подальшому може бути ефективно імplementовано в практику проведення комплексних судово-стоматологічних експертиз якості надання стоматологічної допомоги населенню.

Список використаних джерел

1. Avon S. L. Forensic odontology: the roles and responsibilities of the dentist //Journal-Canadian Dental Association. – 2004. – Т. 70. – №7. – С. 453-458.
2. Nuzzolese E., Vella G. Future project concerning mass disaster management: a forensic odontology prospectus //International dental journal. – 2007. – Т. 57. – №. 4. – С. 261-266.

зуб. На 3-й день маніпуляція знову повторилася. Замість того, щоб показати хворого досвідченому фахівцеві, лікар продовжував свої недоречні, в даному випадку, дії. Цей вид помилки був абсолютно справедливо поставлений лікарю в провину.

У п'яту групу слід віднести помилки і ускладнення, які мають у своїй основі неповноцінність медичних методів для обстеження в амбулаторних умовах або недосконалість медичної техніки.

Наприклад, до стоматолога з'явився хворий зі скаргами на сильний біль в області шостого зуба. При огляді лікар визначив загострення хронічного періодонтиту. Бормашина не застосовувалася. Лікар залишив зуб відкритим і призначив хворому з'явитися на 2-й день. Хворий зробив спробу встати з крісла, однак знову сів. Раптово настала смерть. До розтину трупа родичі хворого і адміністрація поліклініки лікаря звинуватили у смерті хворого. Однак на розтині був виявлений розрив аневризми аорти внаслідок сифілітичної поразки. Звинувачення з лікаря було знято. У висновку експертизи було зазначено, що в даному випадку неможливо було передбачити супутнє захворювання. Смерть могла настати в будь-який момент і попередити її було неможливо, тим більше в амбулаторних умовах.

Інший приклад: під час лікування зуба у хворого почався епілептичний напад. В порожнині рота залишилися коренева голка, яку лікар не встиг отримати. Голка була проковтнута. Лікаря пред'явили звинувачення в недбалості. Під час експертизи було встановлено, що хворий не попередив лікаря про наявність у нього епілепсії. Однак, навіть якщо лікар знав би про це захворювання, то він все одно не міг передбачити, коли розпочнеться напад. Крім того, він починається з миттєвого змикання рота і витягти інструменти з рота в цей момент, буває дуже важко. Справу було припинено. Однак стоматолог повинен з'ясовувати перенесені і супутні захворювання хворого. Якщо б лікар з'ясував деякі подробиці стану хворого, то були б вжиті заходи обережності і подібного випадку не сталося.

Висновок. З метою попередження лікарських помилок в стоматологічній практиці, необхідно постійно проводити широке інформування всіх зацікавлених осіб, в першу чергу самих лікарів та головних лікарів стоматологічних поліклінік, про можливість виникнення таких негативних явищ та настання несприятливих наслідків, а також про настання кримінальної відповідальності за

Залежно від суті і зв'язку з лікувально-діагностичним процесом розрізняють такі лікарські помилки:

- діагностичні;
- тактичні;
- технічні.

У стоматології помилки потрібно розглядати з двох позицій:

- розбір помилок повинен проводитися в спокійній обстановці і об'єктивно;
- треба з'ясувати, що передувало виникненню помилок, а також визначити характер помилок або ускладнень.

Всі помилки ми можемо поділити на 5 груп.

До першої групи помилок відносяться непередбачені помилки, коли лікар все робить правильно, але в процесі лікування виникає така ситуація, при якій неможливо все передбачити. Наприклад, при лікуванні пульпіту зуба виникла кровотеча з пульпи, яку важко було зупинити відомими кровоспинними засобами, а коли після інциденту стали ретельно обстежувати хворого, то у нього виявилось захворювання крові (хвороба Верльгофа).

До другої групи помилок відносяться помилки в результаті недбалості лікаря та іншого медичного персоналу. Прикладами таких помилок можуть служити випадки помилкового застосування ліків, наприклад, введення замість новокаїну розчинів срібла, бензину та інші.

Третя група об'єднує помилки, що виникають в результаті роботи в непристосованих приміщеннях. Характерним прикладом є описана нами наступна помилка. У непристосованому стоматологічному кабінеті (тісне, темне приміщення) лікар справив провідникову анестезію. У хворого на місці уколу розвинулася флегмона. При розслідуванні встановлено грубе порушення асептики. В таких умовах лікарю не слід було робити анестезію.

Четверту групу складають помилки, допущені з-за недостатньої кваліфікації. При розслідуванні подібних помилок слід виходити з того, чи міг лікар не робити помилкових втручань до проведення кваліфікованої консультації або лікування необхідно було проводити за екстреними свідченнями.

Можна навести наступний приклад. Лікар при обстеженні хворого з гострим зубним болем встановив діагноз пульпіту шостого верхнього зуба, трепанував зуб, наклав миш'яковисту пасту. Болі не стихли. На 2-й день він трепанував сусідній – сьомий

3. Kieser J. A., Laing W., Herbison P. Lessons Learned from Large-scale Comparative Dental Analysis Following the South Asian Tsunami of 2004 //Journal of forensic sciences. – 2006. – Т. 51. – №. 1. – С. 109-112.

4. Scheuer L. Application of osteology to forensic medicine //Clinical Anatomy. – 2002. – Т. 15. – №. 4. – С. 297-312.

5. Thali M. J. et al. Dental CT imaging as a screening tool for dental profiling: advantages and limitations //Journal of forensic sciences. – 2006. – Т. 51. – №. 1. – С. 113-119.

6. De Vos W., Casselman J., Swennen G. R. J. Cone-beam computerized tomography (CBCT) imaging of the oral and maxillofacial region: a systematic review of the literature //International journal of oral and maxillofacial surgery. – 2009. – Т. 38. – №. 6. – С. 609-625.

7. González-García R., Monje F. The reliability of cone-beam computed tomography to assess bone density at dental implant recipient sites: a histomorphometric analysis by micro-CT //Clinical oral implants research. – 2013. – Т. 24. – №. 8. – С. 871-879.

8. Kirchhoff C. et al. Assessment of bone quality within the tuberosities of the osteoporotic humeral head relevance for anchor positioning in rotator cuff repair //The American journal of sports medicine. – 2010. – Т. 38. – №. 3. – С. 564-569.

9. Ludlow J. B., Ivanovic M. Comparative dosimetry of dental CBCT devices and 64-slice CT for oral and maxillofacial radiology //Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontology. – 2008. – Т. 106. – №. 1. – С. 106-114.

10. Pauwels R. et al. Development and applicability of a quality control phantom for dental cone-beam CT //Journal of Applied Clinical Medical Physics. – 2011. – Т. 12. – №. 4.

Григор'єва Марія Юрїївна
студентка 4 курсу 8 групи
Медичного факультету № 2
Національного медичного
університету ім.О.О.Богомольця
Науковий керівник – асистент
Федорова Олена Анатоліївна
Кафедра судової медицини та
медичного права Національного
медичного університету
імені О.О. Богомольця

АНАЛІЗ ЕКСПЕРТНИХ ПОМИЛОК В ДІЯЛЬНОСТІ СУДОВО-ПСИХІАТРИЧНОГО ЕКСПЕРТА

Актуальність проблеми експертних помилок в діяльності судово-психіатричного експерта полягає в тому, що орган, який призначив експертизу, не володіє спеціальними знаннями в галузі психіатрії, тому, оцінюючи повноту дослідження та обґрунтованість висновку, покладається на професійні якості експерта. Судово- психіатричний експерт, надаючи висновок на підставі сучасних наукових даних в результаті проведеного дослідження, повинен мати безапеляційну впевненість в тому, що він прийняв єдине вірне рішення. У той же час судово-психіатричний експерт не застрахований від прийняття помилкового висновку, що є об'єктивною реальністю будь-якої галузі діяльності [1].

Метою роботи є проведення аналізу експертних помилок судово-психіатричних експертів та визначення шляхів мінімізації умов їх виникнення.

Експертна помилка – ненавмисне неправильне судження, дії чи бездіяльність судового експерта при встановленні фактичних даних в процесі дослідження об'єктів, оцінки результатів і аналізу отриманої інформації та порушення процесуального законодавства, що здатні привести до прийняття невірної рішення, що не забезпечує повноту, об'єктивність і законність дослідження, що реалізується у вигляді висновку експерта.

У цьому контексті доречно згадати типологію основних порушень, допущених при проведенні експертних досліджень, запропоновану С.С. Шумом на підставі аналізу 130 висновків

характеризується добросовісною помилкою за відсутності ознак умисного або необережного злочину.

Актуальність ретельного вивчення лікарських помилок обумовлена тим, що в Європі кожен десятий пацієнт – жертва лікарської помилки. В США в 2010 році від рук лікарів постраждало 180 тисяч осіб. В Канаді – 24 тисячі. Велика Британія щороку звітує про 70 тисяч жертв медицини, Німеччина визнає 100 тисяч лікарських помилок.

Слід зазначити, що претензії найчастіше виникають до стоматологів у віці старше 40 років.

Особливістю існуючих судових позовів до лікарів-стоматологів є переважання претензій до ортопедів в порівнянні з іншими стоматологічними спеціальностями, і це не випадково. Ортопедична допомога зазвичай є кінцевою ланкою в комплексній технології стоматологічної допомоги, та лікарі-ортопеди мимоволі стають відповідальними не тільки за свої огріхи, а й за помилки своїх колег – стоматологів гігієнічних, терапевтів і хірургів.

Проведений нами аналіз актів комісійних експертиз дозволив виявити основні недоліки та помилки в роботі лікарів-стоматологів, що зумовлюють розвиток ускладнень і, як їх наслідок, конфліктних ситуацій.

Причини виникнення лікарських помилок різноманітні:

- відсутність належних умов надання медичної допомоги;
- недосконалість існуючих способів лікування захворювань;
- тяжкість стану хворого;
- ігнорування або невміле використання анамнезу;
- неповне обстеження пацієнта;
- помилкова трактування клінічних даних;
- помилкова оцінка рентгенологічного та лабораторного дослідження;
- недбалість і поспіх в обстеженні;
- неправильне формулювання діагнозу.

Розглядаючи найбільш значущі суб'єктивні причини лікарських помилок, слід виділити:

- недостатній досвід медичного працівника;
- недостатнє обстеження хворого, неправильна інтерпретація лабораторних та інструментальних досліджень;
- недооцінка або переоцінка результатів консультацій інших фахівців тощо.

Список использованных источников

1. Судебно-медицинская акушерско-гинекологическая экспертиза : руководство для работников суда, расследования и судебно-медицинской экспертизы / Розенблюм Е.Е., Сердюков М.Г., Смольянинов В.М. – 1935. – 45 с.
2. Пименов, А.Б. Дефекты в оказании медицинской помощи (экспертный анализ) / А.Б. Пименов. – М., 2001. – 203 с.
3. Кирбасова Н.П. Актуальные вопросы юридической ответственности акушера-гинеколога / Н.П. Кирбасова, А.А. Старченко // Акушерство и гинекология. – 2004. – №2. – С. 48-54.
4. Зыкова Н.А. К анализу судебно-медицинских экспертиз по делам о профессиональных правонарушениях медицинских работников / Н.А. Зыкова, М.С. Ривенсон // Судебно-медицинская экспертиза. – 1998. – №3. С. 5-7.
5. Александрова О.Ю. Ответственность за правонарушения в медицине / О.Ю. Александрова. – М.: Издательский центр «Академия», 2006. – 240 с.
6. Седова Т.Г., Трубенкова М.М., Мальцев С.В. Медико-статистический анализ акушерско-гинекологических экспертиз (по данным отдела экспертизы потерпевших, обвиняемых и других лиц Кемеровского областного бюро судебно-медицинской экспертизы за 2001-2002г.г.) // Актуальные вопросы судебно-медицинской теории и практики. – Киров, 2005. – С. 151-153.

Федорова А. В.

студентка 4 курсу стоматологического факультету № 17 группы
Национального медичного університету імені О.О.Богомольця
Науковий керівник – ассистент
Федорова Олена Анатоліївна
Кафедра судової медицини та медичного права
Национального медичного університету імені О.О.Богомольця

ЛІКАРСЬКІ ПОМИЛКИ В СТОМАТОЛОГІЇ

Лікарська помилка – це дефект надання медичної допомоги, що пов'язаний з неправильними діями медичного персоналу, який

судової психіатричної експертизи [2].

Типовими причинами винесення необґрунтованих експертних рішень вчених вважає:

1. Недостатність матеріалів, наданих на експертизу. При цьому експерти у більшості випадків навіть не вимагали у суду додаткові матеріали, а виносили рішення за наявними, але явно недостатніми для винесення обґрунтованого висновку документами. У даному випадку експерти не користувались своїм правом заявляти клопотання про подання їм додаткових матеріалів, тим самим порушуючи принцип повноти дослідження.

2. Суперечливість відомостей стосовно психічного стану підекспертного з суб'єктивним перебільшенням експертами одних та недооцінкою інших даних, без логічного роз'яснення таких суперечностей у мотивувальній частині висновку. Цим судово-психіатричні експерти порушували принцип об'єктивності дослідження.

3. Порушення принципу презумпції психічного здоров'я, коли експертами певні дані про можливі відхилення психічної сфери підекспертного від норми бездоказово розцінювались як ознаки психічного розладу, на підставі власного клінічного досвіду та інтуїції, без підтвердження жодними даними в матеріалах справи.

4. Більшість висновків судової психіатричної експертизи у зв'язку з відсутністю рубрифікації частин висновку експерта, неповнотою інформації, нехтуванням пояснень у мотивувальній частині або взагалі відсутністю цієї частини не відповідали вимогам самостійного, завершеного, процесуального документа, який є джерелом доказів у суді.

5. Констатація дієздатності чи недієздатності підекспертного замість його можливості чи неможливості усвідомлювати значення своїх дій та керувати ними, що виходило за межі компетенції судово-психіатричних експертів.

6. Порушення, що допускають керівники експертних установ при призначенні осіб, яким доручається проведення судової психіатричної експертизи. Так, у декількох випадках керівники установ доручали проведення судової психіатричної експертизи лікарям-психіатрам, які не відповідали вимогам процесуального законодавства та Закону України «Про судову експертизу» [3]. На недоліки кадрової роботи щодо підготовки, атестації, переатестації лікарів-судово-психіатричних експертів вказують і інші вчені.

Шляхи розв'язання даної проблеми ми бачимо в:

- професійній підготовці кваліфікованих експертних кадрів, підтвердженні та підвищенні кваліфікації експерта в рамках цільової професійної перепідготовки;
- контролі якості експертних досліджень, у тому числі – взаємне и зовнішнє контрольне рецензування експертних висновків з заохоченням незалежних спеціалістів;
- чіткому формулюванні правильних завдань та питань, які повинен розв'язати експерт.

Список використаних джерел

1. Галяшина Е. И. / Судебная экспертиза: типичные ошибки. [Е.И. Галяшина, В.В. Голикова, Е.Н. Дмитриев и др.]; под ред. Е.Р. Россинской. - М.: Проспект - 2012.- 34-69 с
2. Аверьянова Т.В. / Энциклопедия судебной экспертизы. Под ред. Т.В. Аверьяновой и Е.Р. Россинской. - М.: «Юрист» - 1999. - 123-138 с.
3. Погорецький М.А. / Погорецький М. А., Сліпченко В. І. Складні питання, що виникають при призначенні судово-психіатричної експертизи // Вісник Верховного Суду України. – 2010.- 12-18 с.

Денисенко А.С., Воронкова О.С., Вінніков А.І.

Дніпропетровський національний
університет ім. Олеся Гончара

ЧАСТОТА ВИЯВЛЕННЯ МАРКЕРІВ ГЕПАТИТУ ТА ВІЛ СЕРЕД КОНТИНГЕНТУ ПОТЕНЦІЙНИХ ДОНОРІВ

В наш час поширення вірусних гепатитів В та С та вірусу імунодефіциту людини серед населення представляє доволі сильну загрозу, адже ризики інфікування існують навіть в умовах лікувального закладу, зокрема при процедурі взяті крові. Також інфікування може відбутися під час переливання крові та її компонентів від донора до реципієнта. Метою роботи було дослідити частоту виявлення вірусів гепатитів В і С, а також вірусу імунодефіциту людини серед контингенту потенційних донорів у м. Дніпро.

ВІРУС ГЕПАТИТУ В

Збудник – вірус, що відноситься до родини *Hepadnaviridae*.

Больная переведена в реанимационное отделение многопрофильной больницы, но на следующий день на фоне нарастающей сердечно – сосудистой и почечной недостаточности наступил летальный исход.

Проведенная вневедомственная экспертиза КМП установила, что врач акушер-гинеколог при поступлении пациентки ошибся в определении группы крови и зафиксировал это в журнале (В (III) RH положит.), дежурный врач в нарушение стандартной инструкции не определила группу крови перед гемотрансфузией и не провела пробы на индивидуальную совместимость. Результатом врачебных ошибок стала гибель молодой матери.

Следует констатировать факт, что такие грубые ошибки происходят в тех ЛПУ, где полностью отсутствует внутриведомственный контроль КМП. Кроме ошибок врачей, в достаточной мере опасными для жизни пациентов могут быть ошибки, совершаемые медицинскими сестрами. Особенно тяжелы последствия ошибок среднего медицинского персонала в детских ЛПУ и родительных домах [6].

На основании вышеизложенного, рекомендуется: 1. Новый подход к оценке оказания медицинской помощи (ОМП), который заключается прежде всего в тщательном выявлении всех дефектов ОМП и определении их взаимосвязи, что позволяет установить «цепную реакцию» возникновения дефектов, а также объективно оценить все звенья ОМП и установить конкретный вклад каждого участника процесса в ненадлежащее оказание медицинской помощи. Использование разработанного алгоритма в первую очередь целесообразно при анализе материалов неблагоприятных исходов в акушерко-гинекологической практике, послуживших причинами обращения граждан в правоохранительные органы и суд. 2. Залогом качественного предоставления акушерско-гинекологической помощи является надлежащее ведение медицинской документации. 3. В связи с большим количеством необоснованных гражданских исков необходима разработка методических рекомендаций для судебных органов, назначающих судебно-медицинские экспертизы по «врачебным делам», связанные с профессиональными правонарушениями медицинских работников в акушерко-гинекологической практике.

исхода на этапе родильного дома. На практике это означает, что к гражданско-правовой ответственности следует привлекать не родительный дом, а женскую консультацию, либо обе медицинские организации.

Причинами неблагоприятных исходов в акушерко-гинекологической практике являются не только явные ошибки медицинского персонала, но и ненадлежащее ведение медицинской документации. Так отсутствие клинико-лабораторных данных ведет к отсрочке выявления возможных патологий, следовательно, исключает своевременность адекватного лечения. С другой стороны, встречающаяся малая информативность медицинской документации влечет создание иллюзии благополучия, как у самих пациенток, так и медицинских работников стационаров. Таким образом, залогом качественного предоставления акушерко-гинекологической помощи является надлежащее ведение медицинской документации [4].

Что касается выполнения медицинским персоналом стандартов оказания медицинской помощи при определенной патологии, то это прерогатива медицинских работников. Как раз здесь и совершается значительное число врачебных и других ошибок. Анализ большинства из них указывает на то, что, как правило, вероятность совершения ошибки многократно повышается при том или ином отклонении от стандарта технологии [5]. Примером такой ошибки могут служить следующие материалы вневедомственной экспертизы: Анна К. 14 лет поступила в родильный дом с диагнозом: первые нормальные срочные роды у юной первородящей. Через 4 часа пациентка родила живого, доношенного, здорового ребенка. В послеродовом периоде у нее развилось позднее послеродовое кровотечение, произведено ручное обследование полости матки, которое пациентка перенесла удовлетворительно. Учитывая наличие постгеморрагической анемии, дежурный врач решил перелить 300 мл. эритромассы. Состояние больной перед переливанием оценено как среднетяжелое. В этот же день в 16 час. 45 мин. Перелито 330 мл. эритромассы В (III), RH положительной, а в 19 час. 30 мин. появились признаки сердечно-сосудистой и дыхательной недостаточности. Поставлен диагноз: гемотранфузионный шок, проведено повторное определение группы крови пациентки врачом – анестезиологом: А (II) RH положительная.

Хронічну форму дане захворювання приймає у 10 випадках зі 100 серед загального числа перенесли гепатит В [1, 5].

Гепаднавіруси – група ДНК-вмісних вірусів з вираженим тропізмом до клітин печінки, що викликають гепатити у людини входять до родини *Hepadnaviridae*. Генетична інформація гепаднавірусів закодована в кільцевій дволанцюговій молекулі ДНК з розірваним одним ланцюгом. Нуклеокапсид віріонів також містить праймерний білок і асоційованою з ДНК ДНК-полімерази. Вірусна ДНК утворюється на матриці РНК, для чого необхідним є синтез вірус-індукованої зворотної транскриптази. Взаємодія вірусів з клітинами гепатоцитів може відбуватись за одним із двох механізмів – продуктивному або інтегративному. Продуктивна інфекція включає стадії: транскрипцію ДНК з утворенням іРНК і синтезом вірусних білків, унікальний процес реплікації ДНК із застосуванням у якості проміжної форми РНК, завершення репродуктивного циклу збіркою вірусного потомства в цитоплазмі інфікованих клітин та виділення дозрілих популяцій шляхом брунькування від клітинної мембрани. При інтегративному типі взаємодії в процесі реплікативного циклу вірусна ДНК інтегрує в ДНК клітини-хазяїна, що призводить до масової продукції клітиною поверхневого антигену. У складі генома вірусів гепатитів немає онкогенів, проте встановлено, що при впровадженні в клітинну хромосому вірусна ДНК може індукувати різноманітні генетичні перебудови (делеції, транслокації, ампліфікації), що і призводить в результаті до розвитку раку печінки [9, 15].

Це захворювання має трансмісивний механізм передачі, тривалий інкубаційний період і характерне важким ураженням печінки. Гепатит є однією з найбільш небезпечних хвороб, що характеризується фатальністю наслідків і важко піддається лікуванню [8, 9].

ВІРУС ГЕПАТИТУ С

Гепатит С – антропонозне вірусне захворювання з парентеральним механізмом зараження, найбільш часто протікає у вигляді посттрансфузійного гепатиту з переважанням безжовтяничної форми і схильне до хронізації [1, 6].

Гепатит С належить до родини *Togaviridae*, рід *Flavivirus*. Флавівіруси є збудниками інфекцій з трансмісивним механізмом передачі. Родина тогавірусів об'єднує сферичні оболонкові віруси з ікосаедральним нуклеокапсидом, розміри якого коливаються у

представників різних родів: для флавівірусів – 37-50нм. Віріон має ліпідну оболонку, на поверхні якої розташовані глікопротеїнові спікули, що містять гемаглютиніни [10].

Геном представлений лінійною одноланцюговою молекулою РНК позитивної полярності за молекулярною масою $4-4,6 \times 10^6$ Д. РНК зберігає інфекційність після виділення її з віріону. Цикл репродукції тогавірусів реалізується у цитоплазмі інфікованих клітин, послідовність стадій якого типова для всіх представників родини – відмінності спостерігають лише у його терміні: відносно подовжений у флавівірусів. Після дозрівання дочірні популяції відокремлюються від клітинної або внутрішньоклітинних мембран, що служать місцем збирання, шляхом брунькування. Флавівіруси добре розмножуються у багатьох культурах клітин, проте їх цитопатична дія проявляється у меншому ступені [11, 1].

Антигенні детермінанти тогавірусів за хімічною природою можуть бути білками або глікопротеїдами та обумовлюють групо-, родо-, видо- й типоспецифічні відмінності. Білки флавівірусів мають гемаглютинуючу та гемолітичну активність [10, 11].

Джерелом інфекції є хворі з активним гепатитом С та латентні хворі – носії вірусу. HCV-інфекція є інфекцією з парентеральним механізмом зараження через інфіковану кров та її компоненти. Інфікування можливе при парентеральних маніпуляціях, в тому числі в медичних установах, включаючи надання стоматологічних послуг, через ін'єкційне обладнання, при акупунктурі, пірсингу, нанесенні татуювань, при наданні ряду послуг в перукарнях, однак при статевих контактах ймовірність захворіти гепатитом С набагато менше, ніж гепатитом В, і зводиться до мінімальних показників. У 20% випадків не вдається встановити спосіб передачі вірусу [14].

Часто люди дізнаються про те, що вони є носіями вірусу HCV, при здачі аналізу крові в ході звичайного медичного обстеження або при спробі здати кров у якості донора. Багато людей живуть від 20 до 40 років з вірусом HCV, не стають явними хворими, у них не розвивається печінкова недостатність [15].

На сьогодні складено «Протокол діагностики та лікування хворих на вірусні гепатити В і С». Його вважають головним посібником з терапії у даній сфері для лікарів. Важливо відзначити, що поправки в документ вносяться щорічно після проведення відповідних конференцій та наукових дискусій.

ВІРУСУ ІМУНОДЕФІЦИТУ ЛЮДИНИ

вредом. В чем состоит эта сложность в области акушерства и гинекологии? Причины неблагоприятных исходов в акушерстве и гинекологии могут быть различны, например:

1. Ненадлежащее оказание медицинской помощи, заключающиеся в невыполнении или не полном выполнении медицинскими работниками юридических, профессиональных и морально – этических норм (включая дефекты ведения медицинской документации);

2. Действие объективных факторов осложнения течения беременности и родов (особенности индивидуального биологического статуса беременной, наличие у нее сопутствующих заболеваний и наследственной патологии, оказывающие отягчающее влияние на протекание беременности и повышающие вероятность осложнений в родах);

3. Поведение самих пациенток, способствующее увеличению вероятности наступления осложнений (не соблюдение рекомендаций лечащего врача, самовольный уход роженицы из патологического отделения роддома);

4. Несчастные случаи – ситуации, при которых имеется объективная невозможность предусмотреть и предупредить возможные осложнения и последующее причинение вреда здоровью.

5. Отсутствие у медицинских работников объективной возможности оказать медицинскую помощь на должном технологическом уровне (принятие родов в условиях экстремальной, чрезвычайной ситуации – например во время авиаперелета, в лесу и т.д.). В этих ситуациях всегда присутствует обоснованный риск: медицинский работник обязан оказать помощь в условиях повышенной вероятности реализации медицинского риска, т.к. в противном случае последствия могут быть самыми плачевными, а бездействие врача является основанием для привлечения его к уголовной ответственности. [3] Важно отметить, что экспертную оценку неблагоприятных случаев в акушерско-гинекологической практике осложняет многоэтапность лечебно-диагностического процесса, участие в котором принимают несколько субъектов. В результате ненадлежащие действия одних субъектов могут привести к неблагоприятному исходу в целом. Например, не выявленная врачом женской консультации внутриутробная инфекция может стать причиной неблагоприятного

15-41% от общего числа проведенных судебно-медицинских экспертиз.

Чем обусловлена повышенная «рисковая составляющая» в акушерко-гинекологической практике? Следует учитывать множество факторов: неблагоприятное влияние окружающей природной среды, экстренный характер оказания медицинской помощи, сложность медицинской технологии, низкая квалификация некоторых врачей и лиц из числа среднего медицинского персонала, встречающееся безответственное отношение пациенток к своему здоровью и здоровью своего ребенка.

Какие дефекты медицинской помощи чаще всего встречаются в акушерстве и гинекологии? В зависимости от этапов оказания медицинской помощи это могут быть:

- дефекты врачебных вмешательств при прерывании беременности (например, нарушение правил проведения аборта);

- дефекты врачебных вмешательств во время родов (например, ранения плода, плаценты, пуповины; родовая травма у плода и новорожденного вследствие ненадлежащего акушерского пособия; применение противопоказанных при беременности лекарственных средств; неправильное отнесение беременной и роженицы к группе риска);

- дефекты врачебных вмешательств в послеродовом периоде (расхождение швов и вызванное им вторичное кровотечение; инфицирование операционной раны после кесарева сечения);

- дефекты врачебных вмешательств в урогинекологической практике;

- общие дефекты оперативного лечения в акушерко-гинекологической и урогинекологической практике (например, оставление инородных тел в организме пациентки);

- дефекты выполнения анестезии и проведения интенсивной терапии в акушерко-гинекологической практике (например, назначение и применение фармакологических препаратов, противопоказанных при беременности и фармакологических препаратов, противопоказанных при беременности и отдельных патологических состояниях роженицы) [2].

При этом необходимо отметить, что главная сложность «врачебных дел» состоит в определении причинно – следственной связи между действием медицинских работников и наступившим

ВІЛ (англ. *Human Immunodeficiency Virus*, HIV) – вірус імунodefіциту людини, що призводить до захворювання на ВІЛ-інфекцію/СНІД. ВІЛ схильний до стрімких мутацій. Передається через прямий контакт слизових оболонок або крові з рідиною тілесного походження, яка містить ВІЛ, як то кров, сперма, піхвові виділення, передсємінна рідина, грудне молоко, парентерально (ін'єкційно), з препаратами крові та через заражені кров'ю шприці та інші медичні інструменти. Ризик інфікування ВІЛ існує при переливанні крові та продуктів крові, при виконанні інвазивних процедур, при трансплантації органів тканин, при роботі з біологічними матеріалами та рідинами. Ризикованими слід вважати ін'єкції наркотичних засобів, застосування і спільне використання декількома особами шприців та голочок для введення наркотичних засобів або психостимуляторів. Безумовно ризикованим можна вважати незнання свого ВІЛ-статусу при плануванні сім'ї та вагітності [8].

В ході ВІЛ-інфекції в однієї і тієї ж людини формуються все нові штами (різновиди) вірусу, що є мутантами, абсолютно різні за швидкістю відтворення і здатні ініціювати і вбивати ті або інші типи клітин. Геном вірусу складається з двох копій молекули РНК – ВІЛ є ретровірусом [2].

ВІЛ-інфекція розвивається в результаті довготривалої персистенції вірусу імунodefіциту людини (ВІЛ) в лімфоцитах, макрофагах та клітинах нервової системи і характеризується повільно прогресуючим ураженням імунної та нервової систем організму, що проявляється вторинними інфекціями, пухлинами, підгострим енцефалітом та іншими патологічними проявами [1].

За сучасними уявленнями ВІЛ відноситься до родини ретровірусів (*Retroviridae*), підродини лентівірусів (*Lentivirus*). На сьогодні виділені два типи вірусу: ВІЛ-1 та ВІЛ-2, які мають певні відмінності між собою як у геномах, так і в антигенній структурі їх білків. ВІЛ-1 та ВІЛ-2 є першими повільними вірусами (лентівірусами), що спричиняють патологію у людини [4].

Обидва віруси, як і решта представників родини *Retroviridae*, є вірусами складної будови. Під електронним мікроскопом дозрілий віріон ВІЛ має сферичну форму, що в діаметрі становить близько 100 нм [2, 4].

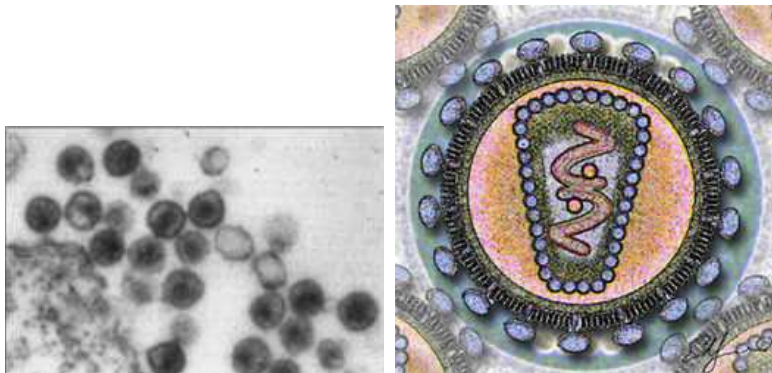


Рис. 1.1 Будова ВІЛ: а – ВІЛ під електронним мікроскопом, б – вірус імунодефіциту людини (схема)

Геном ВІЛ складається з двох одониткових молекул РНК (диплоїдний геном), кожна з яких має 9 генів: 3 основних або структурних (gag, pol, env) і 6 регуляторних – tat, rev, vif, nef, а також vpr, vpr (для ВІЛ-1), vpx (для ВІЛ-2) з мало вивченою функцією [13].

Ген tat – найбільш активний регулятор, що забезпечує посилення в 1000 разів реплікації вірусу. Він також регулює експресію клітинних генів. Ген rev вибірково активує синтез структурних білків вірусу. На пізніх стадіях ВІЛ- інфекції ген rev сповільнює синтез регуляторних білків. Ген nef при взаємодії з так званими довгими кінцевими повторами (LTR) сповільнює транскрипцію вірусних геномів, забезпечуючи рівновагу між вірусом і організмом. Синхронна функція tat і nef обумовлює зважену реплікацію вірусу, що не призводить до загибелі інфікованої вірусом клітини [12].

Характеризуючи збудника, важливо підкреслити, що з будовою вірусу тісно пов'язані його біологічні властивості, в тому числі стійкість до дії фізико-хімічних чинників, дезінфектантів, асептиків тощо. Складна будова вірусу та наявність двошарової зовнішньої оболонки, що містить ліпіди, робить ВІЛ не стійким до дії багатьох фізико-хімічних чинників зовнішнього середовища. ВІЛ термолабільний. При температурі 23-27°C у складі біологічних рідин ВІЛ зберігає свою інфекційну активність впродовж 14-15 днів, а при підвищених температурах (36-37°C) – впродовж 11 днів. Його інфекційна активність знижується у 100 разів за умови

Фальковская Ангелина Владимировна
студентка IV курса VIII группы
II медицинского факультета
Национального медицинского
университета имени А.А. Богомольца
Научный руководитель – ассистент
Федорова Елена Анатольевна
Кафедра судебной медицины и
медицинского права Национального
медицинского университета
имени А.А. Богомольца

АНАЛИЗ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ИСХОДОВ В АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ, ПУТИ ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА И ЭФФЕКТИВНОСТИ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Актуальность темы обусловлена значительными изменениями нормативной, организационной, технологической и экономической базами здравоохранения за последние десять лет. Они вызвали особую актуальность проблемы неблагоприятных исходов медицинской помощи, в частности в акушерско-гинекологической практике, их судебно – медицинской экспертизы и ответственности медицинского персонала. Современное состояние вопроса характеризуется:

- тенденцией к росту числа экспертиз при подозрении на ненадлежащее оказание медицинской помощи в акушерско-гинекологической практике;

- установлением признаков не надлежащего в той или иной степени оказания акушерско-гинекологической помощи при проведении комиссионных судебно-медицинских экспертиз;

- отсутствием регулярного наблюдения и обобщения судебно-медицинской практики при медицинских инцидентах как наиболее оптимального объекта для изучения проблемы неблагоприятных исходов;

- противоречивостью знаний: прежних теоретических подходов, понятий и терминов – и современных, динамически нарастающих в мире воззрений по этой проблеме [1].

По данным некоторых бюро судебно-медицинских экспертиз, доля экспертиз акушерско-гинекологического профиля составляет

онкодиспансеру з діагнозом «Рак нижньо-ампулярного відділу прямої кишки І ст. ІІІ клінічної групи. Сигмостома. Абсцес малої миски». З приводу абсцесу було проведено хірургічне дренування малої миски через контрапертуру в правій клубовій ділянці, та отримано до 50 мл гнійних виділень. В подальшому, фактично через 1 рік після первинного оперативного лікування пухлини, було виявлено ускладнення основного захворювання у вигляді рецидиву раку прямої кишки.

Під час оперативного втручання з приводу рецидиву раку прямої кишки в протоколі операції було зафіксовано «рецидив пухлини прямої кишки циркулярний, щільний, виповнює малу миску по термінальній лінії, нерухомий, фіксований до кісток малої миски, частково перекриває просвіт кишки, вrostання процесу в хрестець, та правий сечовід». На час діагностування рецидивної пухлини радикальне лікування хворої М. було неможливе через місцеву розповсюдженість процесу.

Викладене дало підставу експертній комісії вважати, що погіршення стану хворої М. настало через розвиток рецидиву злоякісної пухлини [1] (раку прямої кишки) та пов'язане з порушенням принципу радикалізму та технічно неправильно виконаним первинним оперативним втручанням [2]. На це вказує наявність росту пухлини по лінії зрізу, що зафіксована в патогістологічному заключенні безпосередньо після проведення первинного оперативного втручання. В цьому випадку необхідно було після отримання даного результату гістологічного дослідження, в зв'язку з наявністю клітин пухлини поза межами оперативного втручання, відкоригувати пов'язану з цим подальшу тактику лікування, що зроблено не було.

Список використаних джерел

1. Патологічна анатомія [Текст] : підруч. Для студентів ВНЗ / [В.А. Волковой та ст.] ; Нац. Фармацевт. Ун-т. – Харків : Золоті сторінки : НфаУ, 2013. – 389, [1] с. : рис. – Бібліогр.: с. 389-[390]. – 500 экз. – ISBN 978-966-615-437-1. – ISBN 978-966-400-305-3
2. Наказ Про затвердження протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Онкологія» [Електронний ресурс] // Міністерство охорони здоров'я України. – 2007. – Режим доступу до ресурсу: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20070917_554.html.

прогрівання при 56°C протягом 30 хв, а при температурі 80-100°C вірус повністю інактивується за 1-5 хв. Вірус руйнується всіма дезінфектантами, що використовуються в практиці охорони здоров'я, проте найефективніше – 6% перекисом водню та 2% розчином глютаральдегіду. ВІЛ стійкий до дії іонізуючої радіації, УФ-випромінювання, заморожування при -70°C. В крові, призначеній для переливання іншій людині, ВІЛ може зберігати свою інфекційну активність роками, а в сироватці крові або у плазмі – до 10 років [2].

Ситуація щодо захворювання на ВІЛ-інфекцію/СНІД в різних країнах світу й сьогодні лишається вкрай складною. Ситуація з епідемією ВІЛ/СНІДу в Україні не становить винятку, навпаки, вона темпи зростання числа нових випадків ВІЛ/СНІДу інтенсивно зростають, причому більшість випадків первинного інфікування припадає на останні роки [14].

Метою роботи було дослідити частоту виявлення вірусів гепатитів В і С, а також вірусу імунодефіциту людини серед контингенту потенційних донорів у м. Дніпро.

В усьому світі домінує статевий або сексуальний шлях передачі ВІЛ. Проте домінування того чи іншого шляху передачі інфекції може бути різним в різних регіонах світу і залежить, для кожної окремої країни, від соціальних, культурних, етнічних умов та укладу життя [3].

В умовах стрімкого поширення ВІЛ-інфекції серед населення особливим стає питання профілактики ВІЛ-інфекції в лікувально-профілактичних закладах та її постконтактна хіміопротекція. В Україні це питання регламентується наказом МОЗ України 17.03.2015 № 148, яким затверджено «Порядку підтвердження зв'язку зараження ВІЛ-інфекцією з виконанням працівником своїх професійних обов'язків» [10].

Досліджуючи частоту виявлення вірусів гепатитів В і С, а також вірусу імунодефіциту людини серед контингенту потенційних донорів у м. Дніпро, виявилось, що існує високий ризик зараження через донорів.

Список використаних джерел:

1. Акішин, Л.Н. Реєстрація, облік та статистичне спостереження випадків інфекційних хвороб / Л. Н. Акішин // Головний лікар, 2015.

2. Бартлетт, Дж. Клинические аспекты ВИЧ - инфекции – 2012 / Дж. Бартлетт, Дж. Галант, П.Фам. – М.: Р.Валент, 2012.

3. Бобровицкая А.И. Современные аспекты профилактики вирусного гепатита В / А.И. Бобровицкая // Здоровье ребенка. – 2011. – №4.

4. ВИЧ-инфекция и СПИД: клин. рек. / гл. ред. В. В. Покровский, Федер. науч.- метод. центр по профилактике и борьбе со СПИДом. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2007.

5. Гепатит В // Информационный бюллетень ВОЗ № 204 (март 2015 г.) // <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs204/ru/>

6. Гепатит С // Информационный бюллетень ВОЗ № 164 (июль 2015 г.) // <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs164/ru/>

7. Гураль А.Л. Эпидемиология парентеральных вирусных гепатитов в Украине. – К., 2010.

8. Інструкція до тест-системи імуноферментної для виявлення поверхневого антигену вірусу гепатиту В (HBsAg) DIA®-HBV. – Діапроф-Мед, Україна, 2005.

9. Інструкція до тест-системи імуноферментної для виявлення антитіл до вірусу гепатиту С DIA®-HCV. – Діапроф-Мед, Україна, 2005.

10. Мороз Л.В. Гепатит в Україні: невизнана епідемія / Л.В. Мороз, А.О. Боброва, Т.М. Сергеева. – К.: Долкар, 2009.

11. Спринсян Т. Вирусные гепатиты сегодня и завтра // Здоровье Украины. Гепатология (тематический номер). – 2011. – №5.

12. Шляхтенко Л.И. Системный подход к изучению эпидемического процесса гепатитов В и С, прогноз и принципы профилактики / Л. И. Шляхтенко // Мир вирусных гепатитов. – 2003. – №7-8.

13. Hofmann W.P. New standard of care for the treatment of chronic HCV infection / W.P. Hofmann, S. A. Zeuzem // Nat. Rev. Gastroenterol. Hepatol. – 2011. – Vol. 8.

14. Lindenbach B.D. Fundamental virology / B.D. Lindenbach, C.M. Rice // ed. in chief D.M. Knipe, P.M. Howley. – Philadelphia: SE Straus Lippincott Williams and Wilkins. – 2001.

15. Rauch A. The recent breakthroughs in the understanding of host genomics in hepatitis C /A. Rauch, J. Rohrbach, P.Y. Bochud // Eur J Clin Invest. – 2010. – Vol. 40.

№46. – ст. 2046 – Режим доступу: <http://zakon2.rada.gov.ua>. – Назва з екрану.

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

4. Сайт «Єдиний державний реєстр судових рішень».

Щеглов О.А., Мусієнко Д.В., Гунас В.І.

Вінницьке обласне бюро

судово-медичної експертизи

Вінницький національний медичний

університет ім. М.І. Пирогова

ВИПАДОК З ПРАКТИКИ – ПОМИЛКОВИЙ ВИБІР ТАКТИКИ ЛІКУВАННЯ ОНКОЛОГІЧНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ

У Вінницьке обласне бюро судово-медичної експертизи, надійшла «Постанова про призначення комісійної судово-медичної експертизи» з матеріалами кримінального провадження та медичною документацією, які було доручено розглянути експертній комісії. Згідно наданих медичних документів, у хворой М. мало місце онкологічне захворювання, злоякісна пухлина – «Рак нижньо-ампулярного відділу прямої кишки, аденокарцинома». Вперше хвора була взята на облік з приводу злоякісної пухлини під час звернення в поліклініку обласного онкологічного диспансеру. Після клінічного та лабораторного обстеження, зокрема встановлення цитологічно клітинної форми пухлини, фахівцями онкодиспансеру була визначена тактика лікування та протягом місяця проведено стаціонарне передопераційне лікування – променева терапія. У подальшому лікарем хірургом була виконана операція – «Внутрішньочеревна резекція прямої кишки з наданальним анастомозом (степлером)». Під час операції з лінії резекції було взято матеріал для патогістологічного дослідження і підтверджено наявність у інтраопераційних макропрепаратах ракових клітин, зокрема, діагностовано – «Ріст аденокарциноми в лінії зрізу». Надалі хвора стаціонарно лікувалась з приводу даного захворювання в районній лікарні, у хірургічному відділенні

и наставлений, которыми должны были руководствоваться медицинские работники при проведении лечебно-диагностических мероприятий [3].

Вопросы, решаемые судебно-медицинской экспертизой:

- 1) Насколько правильно и своевременно диагностировано имевшееся у пациента заболевание или повреждение;
- 2) Насколько верно, своевременно, полно и эффективно осуществлялось лечение больного или пострадавшего;
- 3) Существует ли связь между неблагоприятным исходом и характером диагностики и лечения;
- 4) Каким мог быть исход при правильной и своевременной диагностике, а также при полноценном лечении;
- 5) Есть ли недостатки в обследовании, диагностике и лечении больного или пострадавшего. Если да, то в чем они заключаются.

В заключении экспертной комиссии должны быть даны научно обоснованные и мотивированные ответы на все поставленные перед ней вопросы. Если ответ на какой-либо вопрос не может быть дан, необходимо указать, по какой причине. Если все эксперты приходят к единому мнению, то они подписывают заключение; если же мнения экспертов расходятся, то не согласные с большинством эксперты пишут свое особое мнение [3].

Решение вопросов об умысле или неосторожности, вине или невиновности медработников не входит в компетенцию экспертов, их решает суд.

Согласно данным Единого государственного реестра судебных решений: за 2014 год вынесены: 1 обвинительный приговор по ст. 138, 1 обвинительный приговор по ст. 139 УКУ, 7 обвинительных приговоров по ст. 140 УКУ, 1 оправдательный приговор по ст. 143 УКУ; за 2015 год вынесены 8 обвинительных приговоров и 1 оправдательный приговор по ст. 140; за I полугодие 2016 года вынесены 1 оправдательный приговор и 3 обвинительных приговора по ст. 140 УКУ [4].

Список использованных источников

1. Кримінальний кодекс України [Електронний ресурс]/ Міністерство охорони здоров'я України. – К., 2001. – № 25-26. – Режим доступу: <http://zakon1.rada.gov.ua>. – Назва з екрану.
2. Кримінальний процесуальний кодекс України [Електронний ресурс] / Відомості Верховної Ради України (ВВР) – К., 2014, –

Кулій Ольга Іванівна

лікар судово-медичний експерт гістолог
відділу судово-медичної гістології
Київського міського клінічного
бюро судово-медичної експертизи

ОСОБЛИВОСТІ ВСТАНОВЛЕННЯ ГІСТОЛОГІЧНОГО ДІАГНОЗУ «КРИПТОКОКОЗ» ТА НАСЛІДКИ НЕПРАВИЛЬНОЇ ДИФЕРЕНЦІЙНОЇ ДІАГНОСТИКИ

Лідруючі позиції в Україні останнім часом займає туберкульоз та ВІЛ/СНІД серед усіх інфекційних захворювань. Погіршення економічно-соціального статусу в Україні впливає і на погіршення рівня здоров'я населення.

У випадках смерті з підозрою на ВІЛ/СНІД не завжди при зовнішньому та внутрішньому дослідженні тіла можна одразу встановити ці ознаки. Найчастіше при внутрішньому дослідженні можливо лише запідозрити імунodefіцитний стан за наявністю супутніх захворювань, таких, наприклад, як криптококоз.

Криптококоз (лат. Cryptococcus) – інфекційне захворювання, що викликається дріжджовими грибами *Cryptococcus neoformans*, характеризується ураженням центральної нервової системи, легенів, шкіри, слизових оболонок. Збудник виділяють з пташиного посліду і гнізд, в основному у голубів [1].

Існує декілька форм криптококозу: легенева форма, дисемінована (ураження серця, наднирників, нирок, печінки, лімфатичних вузлів, простати) та криптококовий менінгіт [1].

При захворюванні легеневою формою криптококозу у хворого клінічно буде спостерігатися підвищення температури тіла, кашель із мокротинням та кровохаркання. Така клінічна симптоматика може бути притаманна і легеневій формі туберкульозу, тому сімейним лікарям необхідно врахувати ці факти при проведенні диференційної діагностики для того, щоб призначити відповідне лікування. Адже для легеневої форми криптококозу та туберкульозу легень існують абсолютно різні лікувальні схеми та заходи, і при їх недоцільному використанні це може привести не лише до запущення та ускладнення перебігу патологічного процесу, але й до літальних наслідків.

Діагностика виявлення криптококозу можлива за даними рентгенологічного дослідження легень, проте рентгенологічна

картина може нагадувати і злякисне новоутворення та туберкульоз, також використовують метод посіву мокротиння з подальшим виявленням грибків, але найбільш інформативним методом виявлення криптококозу є гістологічне дослідження тканини легень, головного мозку.

Наводимо клінічний випадок розбіжностей між клінічним та судово-медичним діагнозом:

Дитині 10 років при поступленні до лікарняного закладу на стаціонарне лікування був встановлений клінічний діагноз «Ботулізм», проте диференційної діагностики з іншими, схожими за клінічною симптоматикою, захворюваннями не проводили. Проведена лабораторна діагностика по виявленню ботулізму даний діагноз не підтвердила, встановити інший діагноз лікарі не встигли, дитина померла. При мікроскопічному дослідженні гістологічних зрізів тканин головного мозку, легенів та селезінки, були виявлені ознаки криптококозу: у *головному мозку* м'яка оболонка півкулі набрякла, з скупченнями груп лімфоцитів з домішками фібробластних клітин, та криптококів без капсул та деякі – з капсулами, вогнища деструктивного розрідження тканини кори з утворенням оптичних порожнин, в яких скупчення криптококів з капсулами та без, груп лімфоцитів, в підкорковій зоні множинні порожнини в тканині мозку зі скупченнями криптококів та груп лімфоцитів, дрібні ділянки лімфоїдної інфільтрації тканини мозку, в стовбуровому відділі межинна речовина мозку в зоні ретикулярної формації, в ділянці ядерних структур довгастого мозку, та під епендимною з вогнищами деструктивного розрідження; навколо судин та в просвітах судин криптококи з групами лімфоцитів (фото 1); у *легенях* в просвітах судин виявляються мікозні клітини, поля альвеол містять мікозні клітини різної стадії зрілості з капсулами та без них, в групах альвеол скупчення макрофагів з криптококами в цитоплазмі, деякі макрофаги зливаються з утворенням гігантських клітин Пірогова-Лангханса з криптококами в цитоплазмі, набряк плеври зі скупченнями груп лімфоцитів, криптококів (фото 2); у *селезінці* тканинний малюнок стертий за рахунок субтотально делімфотизації пульпи з ясными скупченнями криптококів різної зрілості в ділянках деструктивного розрідження тканини (фото 3).

либо иной неизлечимой инфекционной болезнью (ст. 131 Уголовного кодекса Украины (далее УКУ));

– разглашение сведений о проведении медицинского освидетельствования на выявление заражения вирусом иммунодефицита человека или другой неизлечимой болезни (ст. 132 УКУ);

– незаконное производство аборта (ст. 134 УКУ);

– незаконная лечебная деятельность (ст. 138 УКУ);

– неоказание помощи больному медицинским работником (ст. 139 УКУ ч.1,2);

– ненадлежащее исполнение профессиональных обязанностей медицинским работником (ст. 140 УКУ ч.1, 2);

– нарушение прав пациента (ст. 141 УКУ);

– незаконное проведение опытов над человеком (ст. 142 УКУ);

– нарушение установленного законом порядка трансплантации органов или тканей человека (ст. 143 УКУ);

– насильственное донорство (ст. 144 УКУ);

– незаконное разглашение врачебной тайны (ст. 145 УКУ);

– служебная халатность (ст. 367 УКУ, ч. 1, 2).

Невыполнение профессиональных обязанностей может иметь место в случае невысказывания предложения относительно госпитализации больного, нуждающегося в немедленной помощи, непроведение необходимой диагностики, оставление больного без надлежащего надзора, неправильная дозировка лечебных средств, небрежное проведение медицинского вмешательства и т. п. Обязательным признаком является наступление тяжких последствий: смерть, тяжелое, средней тяжести телесное повреждение, инвалидность, другое осложнение болезни [1]. Для решения этих и других интересующих дело вопросов суд назначает судебно-медицинскую экспертизу. Инструкция о проведении судебно-медицинской экспертизы предусматривает, что экспертизы должны проводиться в областных центрах, обязательно комиссиями из нескольких судебно-медицинских экспертов и высококвалифицированных врачей-клиницистов, имеющих ученые степени и звания или большой стаж и опыт работы, при этом используются подлинники медицинских документов, протоколы патологоанатомических или акты судебно-медицинских исследований трупов, протоколы допросов медицинских работников и других свидетелей, тексты официальных инструкций

Список використаних джерел

1. Конституція України: Прийнята на п'ятій сесії Верховної Ради України 28 червня 1996 року // *Голос України*, 1996, 13 липня.
2. Кримінальний кодекс України // *Відомості Верховної Ради України* - 2001, № 25-26, ст.131.
3. Кримінально-процесуальний Кодекс України // *Відомості Верховної Ради України*, 2004, № 40—41, 42 - ст. 492.
4. Про трансплантацію органів та інших анатомічних матеріалів людині. Закон України від 16 липня 1999 р. // *Відомості Верховної Ради України* – 1999. - № 41 - ст. 377.
5. Про донорство крові та її компонентів. Закон України від 23 червня 1995 р. // *Відомості Верховної Ради України* – 1995. - № 23 - ст. 163.
6. Бологіна Н. Медичне право у системі права України // *Право України* – 1999. - № 7 - 116—121с.

Школьний Станіслав Юрьевич

Студент IV курсу 3 медичного факультета Національного Медичного університету імені А.А. Богомольця

Научный руководитель – асистент

Эргард Наталья Николаевна

Кафедра судебной медицины и медицинского права НМУ імені А.А. Богомольця

СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА ПО ВРАЧЕБНЫМ ДЕЛАМ

«Errare humanum est» — «Человеку свойственно ошибаться».

Судебные дела по обвинению врачей в профессиональных упущениях и ошибках заводят обычно по жалобам больных, их близких и родственников в органы прокуратуры и здравоохранения. Как правило, в основе жалоб лежит психоэмоциональная реакция больных и их родственников на болезнь или на ее летальный исход. Статьи Уголовного кодекса Украины (УКУ) [1], касающиеся сферы медицинской деятельности:

– ненадлежащее исполнение профессиональных обязанностей, повлекшее заражение лица вирусом иммунодефицита человека

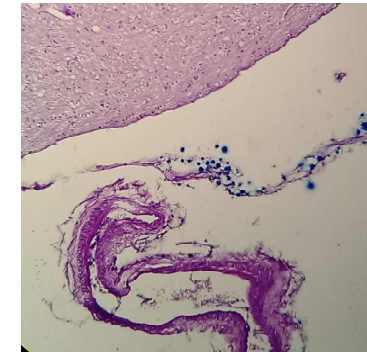


Фото 1. ММО стволу ГМ. Зафарбовування альціановим синім по Моурі.

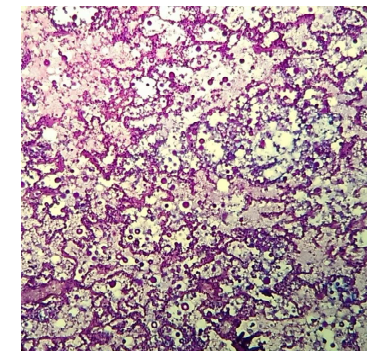


Фото 2. Криптоки в альвеолах легені у капсулах та без неї. Зафарбовування альціановим синім по Моурі.

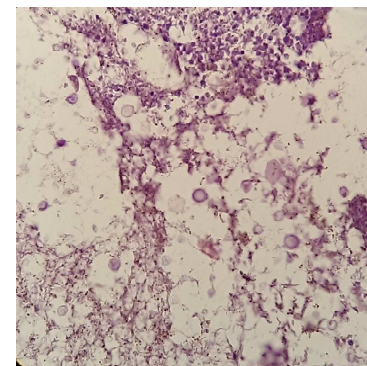


Фото 3. Селезінка. Криптоки в кісточно-розрідженій тканині. Зафарбовування гематоксилином та еозином.

Враховуючи те, що в термінальній стадії криптококозу у хворого спостерігається параліч дихального центру, що також характерно і при ботулізмі, тому лікарі і запідозрили саме ботулізм у дитини.

Вчені Санкт-Петербургу останнім часом відмічають, що за останні 10 років значно збільшилось число випадків захворювання криптококозом, який клінічно починає проявлятися тривалими (4-6 місяців) головними болями в лобній та потиличній долях. До групи ризику попадає населення з первинним та вторинним імунodefіцитними станами, цукровим діабетом, ВІЧ-інфіковані, а також діти, що народились шляхом Кесаревого розтину, так як не мають відповідну флору від матері, що знаходиться у пологових шляхах.

Отже, виходячи із вищенаведеного, при підозрі на наявність у хворого криптококозу сімейним лікарям, інфекціоністам, а також педіатрам слід детальніше проводити диференційну діагностику між схожими за клінічним перебігом захворюваннями, так як при вчасній діагностиці і відповідному лікуванні у хворих на криптококоз може спостерігатися позитивна динаміка.

Список використаних джерел

1. Струков А.И. Патологическая анатомия / А.И. Струков, В.В. Серов // Болезни центральной нервной системы. – Москва. – Медицина, 1979. – С. 320-354.

Адміністративна відповідальність є різновидом юридичної відповідальності, яка настає за правопорушення, передбачені Кодексом України про адміністративні правопорушення (далі – КпАП).

Так, відповідно до статті 9 КпАП адміністративним правопорушенням (проступком) визнається протиправна, винна (умисна або необережна) дія чи бездіяльність, яка посягає на громадський порядок, власність, права і свободи громадян, на встановлений порядок управління і за яку законом передбачено адміністративну відповідальність.

Адміністративна відповідальність за правопорушення, передбачені цим Кодексом, настає, якщо ці порушення за своїм характером не тягнуть за собою відповідно до закону кримінальної відповідальності. До адміністративних правопорушень у галузі охорони здоров'я населення належать, зокрема:

- порушення санітарно-гігієнічних і санітарно-протиепідемічних правил і норм (ст. 42 КпАП);
- незаконне виробництво, придбання, зберігання, перевезення, пересилання наркотичних засобів або психотропних речовин без мети збуту в невеликих розмірах (ст. 44 КпАП) [5, 6].
- порушення встановленого порядку взяття, переробки, зберігання, реалізації і застосування донорської крові та (або) її компонентів і препаратів (ст. 45-1 КпАП).

Проаналізувавши питання кримінальної відповідальності медичних працівників можна дійти висновку, що до медичних працівників, які здійснили професійні злочини, можуть застосовуватися різні види покарань – від штрафу до позбавлення волі. У якості основного чи додаткового покарання медичні працівники можуть бути позбавлені права займатися професійною діяльністю. Каральна властивість цього виду покарання полягає в тому, що позбавляє засудженого його суб'єктивного права на вільний вибір визначених занять протягом часу, зазначеного у вироку. Правові питання медичної науки і практики ніколи не виходили з полючі зору правознавців. Однак нинішній час ретельно вимагає максимальної компетенції медичного персоналу в спеціальній юриспруденції. Право стає невід'ємною частиною їхньої професійної підготовки.

- злочини проти життя і здоров'я особи (пацієнта);
- злочини проти прав особи (пацієнта);
- злочини у сфері господарської діяльності з медичної практики;

- злочини у сфері обігу наркотичних засобів, психотропних речовин, їх аналогів або прекурсорів;

- інші злочини, вчинені медичними працівниками у зв'язку з їхньою професійною діяльністю.

Переважає більшість «медичних» злочинів сконцентровані у розділі II КК України «Злочини проти життя і здоров'я особи». До них належать, зокрема:

- неналежне виконання професійних обов'язків, що спричинило зараження особи вірусом імунодефіциту людини чи іншою невиліковною інфекційною хворобою (ст. 131 КК України);

- розголошення відомостей про проведення медичного огляду на виявлення зараження вірусом імунодефіциту людини чи іншою невиліковною інфекційною хворобою (ст. 132 КК України);

- незаконне проведення абортів (ст. 134 КК України) у разі якщо медичний працівник не має спеціальної медичної освіти;

- незаконна лікувальна діяльність (ст. 138 КК України) – заняття лікувальною діяльністю без спеціального дозволу, здійснюване особою, яка не має належної медичної освіти;

- ненадання допомоги хворому медичним працівником (ст. 139 КК України);

- неналежне виконання професійних обов'язків медичним або фармацевтичним працівником (ст. 140 КК України);

- порушення прав пацієнта (ст. 141 КК України);

- незаконне проведення дослідів над людиною (ст. 142 КК України) – порушення встановленого законом порядку трансплантації органів або тканин людини (ст. 143 КК України);

- насильницьке донорство (ст. 144 КК України);

- незаконне розголошення лікарської таємниці (ст. 145 КК України)

Варто зазначити, що випадки притягнення медичних працівників до кримінальної відповідальності, а тим більше винесення щодо них обвинувального вироку в Україні є порівняно нечастими. Проте керівникам закладів охорони здоров'я необхідно знати про те, які дії чи бездіяльність підпадають під кримінально-правову заборону і на попередження якої поведінки підлеглих слід спрямовувати свої зусилля [3, 4].

Калинина Сакина Николаевна
студентка II медицинского факультета
IV курса IX группы
Национального медицинского
университета имени А.А. Богомольца
Научный руководитель – ассистент
Федорова Елена Анатольевна
Кафедра судебной медицины и
медицинского права Национального
медицинского университета
имени А.А. Богомольца

КРИТЕРИИ СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОГО ОПРЕДЕЛЕНИЯ НЕВМЕНЯЕМОСТИ ПОДОЗРЕВАЕМОГО, БОЛЬНОГО ШИЗОФРЕНИЕЙ

Актуальность. Проблема влияния психических расстройств на возникновение общественно опасного поведения является актуальной на протяжении многих лет. По сей день как и в нашей стране, так и в странах с более развитым уровнем жизни (Великобритания, Германия, Лиссабон, Япония) этот вопрос стоит достаточно остро. В психиатрической литературе существуют разноречивые взгляды на опасность поведения лиц страдающих душевными расстройствами. Также неоднозначны мнения по поводу роли личностных, социальных и ситуационных факторов в формировании противоправного поведения.

Среди ряда психических расстройств одним из наиболее актуальных является такое заболевание как шизофрения. Согласно статистике приблизительно до 53% лиц, совершивших правонарушение, были признаны невменяемыми в связи с выявлением у них шизофрении. Больные шизофренией наиболее часто становятся объектом СПЭ как в уголовных, так и в гражданских делах. Под влиянием галлюцинаторных и бредовых переживаний, особенно имеющих форму приказаний, они могут совершать убийства, наносить вред здоровью и совершать другие общественно опасные деяния против личности.

В данной работе будет представлен обзор критериев судимости, у лиц страдающих шизофренией и поднят вопрос о возможности признавать таких пациентов вменяемыми или невменяемыми в момент совершения правонарушения.

Итак, что же такое шизофрения? Шизофрения – хроническое психическое заболевание с типичными изменениями личности и другими психическими расстройствами, приводящими к стойким нарушениям социальной адаптации и трудоспособности. Заболевание имеет несколько форм. Клинические проявления шизофрении разнообразны. Существует несколько главных классификаций этой болезни. Первая – это классификация по клинической картине, в которой выделяют:

- параноидную форму шизофрении;
- кататоническую форму шизофрении;
- гебефреническую форму шизофрении;
- простую форму шизофрении.

Выделяют классификацию по течению болезни:

- непрерывно текущая;
- приступообразно текущая;
- вялотекущая;
- смешанные формы течения.

Комплекс общих проявлений болезни проявляется в потере больными контактов с окружающими, в нарастании замкнутости, утрате интереса к окружающему. Прогрессируют нарушения мышления в виде остановки мыслей или, наоборот, неуправляемого потока мыслей. Нарушения в эмоциональной сфере начинаются с утраты привязанности к близким и сострадания, больной становится замкнутым и безразличным, холодным эгоистом. Появляются странности в поведении, необычные поступки. Довольно рано у него появляются зрительные, слуховые, обонятельные галлюцинации, а также различные формы бреда.

Для уголовного процесса имеет огромное значение оценки вменяемости подозреваемого.

Большие трудности возникают при определении вменяемости и ответственности больных вялотекущей шизофренией (шизотипическим расстройством). Определение этих критериев весьма расплывчато, во многом зависит от морально-нравственных представлений эксперта, которому может показаться странной и неадекватной реакция обследуемого. СПЭ при решении вопроса о вменяемости больных вялотекущей шизофренией должна принимать во внимание весь комплекс умеренно выраженных нарушений психики – снижение способности осознавать последствия своих действий, ослабление волевого контроля за

Євсейчик Андрій Сергійович
студент IV курсу 1 групи ФПЛ ЗСУ
Національного медичного
університету ім. О.О.Богомольця
Науковий керівник – асистент
Ергард Наталія Миколаївна
Кафедра судової медицини
та медичного права
Національного медичного
університету ім. О.О. Богомольця

КРИМІНАЛЬНА ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ

На засадах сьогодення, коли стоять питання про введення страхової медицини для всього населення України важливим питанням постає кримінальна відповідальність медичних працівників за дефекти надання ними медичної допомоги.

Значення вивчення питань кримінально-правової відповідальності медичних працівників зумовлена такими основними причинами:

1. Протиставлення своїх дій самій суті медичної професії особою, яка вчинила професійний злочин;
2. Найбільше суспільне значення злочинів порівняно з іншими видами медичних правопорушень;
3. Труднощі з визначенням та доведенням форми вини конкретного медичного працівника, підозрюваного у вчиненні професійного злочину;
4. Відсутність у представників судово-слідчих органів чіткого уявлення про специфіку професійних злочинів медичних працівників;
5. Необхідність для лікарів адекватного сприйняття тих наслідків, які настають за порушення норм кримінального закону [1, 2].

Медичні працівники відповідальні за вчинення злочинів на загальних засадах, до того ж у Кримінальному кодексі України (КК України) є ряд складів злочинів, які мають відношення саме до професійної діяльності лікарів.

Злочини, що вчиняються медичним працівниками у зв'язку зі здійсненням ними професійної діяльності, умовно можна поділити на такі:

спеціальністю, слабкий контроль, недостатній рівень кваліфікації лікаря та інші.

Згідно зі статистикою, щорічно медичні працівники здійснюють майже 4000 помилок, які можна було б запобігти. Найбільш поширені помилки хірургів - порушення ходу операції і «забудькуватість»: медики занадто часто залишають в тілі пацієнта інструменти [2].

Згідно з останніми даними, щотижня хірурги залишають після операції сторонній предмет на зразок тампону, всередині тіла пацієнта 39 разів; неправильно проводять операцію - 20 разів; діють в неправильній області тіла - 20 разів. Найчастіше хірургічні помилки роблять фахівці у віці від 40 до 49 років.

Висновки. Лікарські помилки, зокрема помилки в хірургії є важливою проблемою багатьох країн, в тому числі і в Україні. Статистичні дані про справжню ситуацію в нас закриті для широкого загалу, судова практика з цієї категорії справ не оприлюднюється.

Список використаних джерел

1. Блинов Н.И. Ошибки, опасности и осложнения в хирургии / под ред. Н.И. Блинова и Б.М. Хромова// - Медицина - 1972 - 486 с.
2. Бобров О. Е. Врачебная ошибка или профессиональное невежество? Мифы, иллюзии, реальность // Лекарь. – 2008. – № 1-2. – С. 6-12.
3. Медичний портал – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://medportal.ru/mednovosti/news/2015/06/02/902errors/>
4. Медичний портал – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.medlawcenter.com.ua/ua/publications/75.html>
5. Медичний портал – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>

своими поступками, реальную социальную опасность действий.

При решении вопроса о вменяемости, судебно-психиатрический эксперт должен руководствоваться критериями, изложенными в наших законодательных актах, например, в Уголовном кодексе Украины, ст. 19. Вменяемость:

«1. Вменяемым признается лицо, которое во время совершения преступления могло осознавать свои действия (бездействие) и руководить ими.

2. Не подлежит уголовной ответственности лицо, которое во время совершения общественно опасного деяния, предусмотренного настоящим Кодексом, находилось в состоянии невменяемости, то есть не могло осознавать свои действия (бездействия) либо руководить ими вследствие хронического психического заболевания, временного расстройства психической деятельности, слабоумия или иного болезненного состояния психики. К такому лицу по решению суда могут быть применены принудительные меры медицинского характера.

3. Не подлежит наказанию лицо, совершившее преступление в состоянии вменяемости, но до вынесения приговора заболевшее психической болезнью, лишающей его возможности осознавать свои действия (бездействие) или руководить ими. К такому лицу по решению суда могут применяться принудительные меры медицинского характера, а по выздоровлении такое лицо может подлежать наказанию».

Для определения невменяемости используют два соединенных между собой критерии невменяемости: медицинский и юридический.

Юридический критерий невменяемости характеризуется двумя признаками, которые вытекают из понятия невменяемости: интеллектуальным моментом, то есть неспособностью понимать значение своих действий и отдавать отчет в своих действиях, и волевым моментом, то есть неспособностью управлять своими действиями. Юридический критерий определяет главное содержание невменяемости, указывая на то, что лицо не может понимать своих действий, не может дать себе отчет о своих действиях и не может ими управлять. Для наличия юридического критерия невменяемости достаточно установить хотя бы один из двух его моментов – интеллектуальный или волевой.

Медицинский критерий невменяемости характеризуется

широким кругом душевных (психических) болезней и психических аномалий. Законом установлено наиболее распространенные их виды: временное расстройство душевной деятельности – это внезапные, кратковременные расстройства психики; хроническая душевная болезнь, т.е. постоянное расстройство психики человека.

Для признания лица невменяемым нужно установить наличие одного признака юридического критерия (интеллектуального или волевого момента) и один признак медицинского критерия (временное расстройство душевной деятельности или хронической душевной болезни, слабоумие или иное болезненное состояние). Только совокупность этих признаков – одного медицинского и одного юридического – дает понятие и основания невменяемости.

Лицо, совершившее преступление в состоянии вменяемости, но до вынесения судом приговора заболевшее душевной болезнью, лишаящей его возможности осознавать свои действия или руководить ими, от уголовной ответственности не освобождается. В таком случае лицо освобождается от наказания. К такому лицу по назначению суда могут применяться принудительные меры медицинского характера, а после выздоровления может подлежать наказанию.

Выводы: Вопрос о решении вменяемости человека, страдающего шизофренией, имеет крайне неоднозначный характер и множество спорных аспектов. В связи с тяжестью постановки окончательного заключения о вменяемости пациентов с шизофренией, этот вопрос должен быть более детально изучен и рассмотрен в ВУЗах юридического и медицинского направления.

Конопацька Каріна Юрїївна

студентка Навчально-наукового

юридичного інституту

Національного авіаційного університету

ПОНЯТТЯ І ВИДИ ЗЛОЧИНІВ ПРОТИ ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ

Суспільна небезпека злочинів проти здоров'я населення полягає в тому, що їх вчинення пов'язане з заподіянням шкоди здоров'ю не окремої людини, а багатьох людей (здоров'ю населення, частини населення в тій чи іншій місцевості або в тому чи іншому регіоні). Під злочинами проти здоров'я населення розуміються передбачені

3. Про судову експертизу: Закон України від 25.02.1994 року №4038-ХІІ (ред. від 01.01.2016 року) [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/4038-12>.

4. Про проведення судово-медичної експертизи: Інструкція МОЗ України від 17.01.1995 року № 6 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/z0254-95>.

5. Електронний підручник [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://pidruchniki.com/13340203/pravo/sudovo-medichna_sudovo-psihiatrichna_ekspertiza

Селіверстова Катерина Андріївна

студентка 4 курсу ІІ медичного

факультету Національного

медичного університету

імені О.О.Богомольця

ПРОБЛЕМНІ ПИТАННЯ ЛІКАРСЬКИХ ПОМИЛОК ХІРУРГІЧНОГО ПРОФІЛЮ В УКРАЇНІ

Сьогодні в Україні проблема лікарських (медичних) помилок є «популярним» предметом досліджень, як лікарів, так і юристів. Однак, статистика лікарських помилок у нас майже зовсім закрита, і лише окремі випадки стають відомими громадськості. Вітчизняна судова практика з цієї категорії справ не оприлюднюється. Згідно статистики найчастіше серед лікарів помиляються хірурги [1].

Метою нашого дослідження було дослідити лікарські помилки в хірургії.

Пошук проводився в наступних базах даних: MEDLINE, Medscape, PubMed за період 2009-2015 рр. з використанням таких ключових слів, як «Лікарські помилки», «Хірургічні помилки», а також в мережі Internet [3, 4, 5].

Результати. Серед лікарських помилок виділяють: діагностичні, лікувально-тактичні, технічні, організаційні, деонтологічні, помилки у веденні документації та помилки поведінки медперсоналу. Щодо впливу людського фактору – об'єктивні та суб'єктивні. За етапністю (в хірургії): доопераційні, операційні, післяопераційні.

Серед умов що підвищують ризик виникнення помилок – екстремальні ситуації, складність окремих випадків, втома і неуважність хірурга, необхідність виконання роботи не за

Результати судово-медичної експертизи оформлюється документом, який має назву висновок експерта [3].

До компетенції судово-медичної експертизи належить: експертиза трупів у випадках насильницької смерті; експертиза трупів при підозрі застосування насилля чи інших обставин, що обумовлюють необхідність такої експертизи; експертиза потерпілих, обвинувачених та інших осіб; експертиза речових доказів; експертиза за матеріалами кримінальних та цивільних проваджень [4].

Слід зазначити, що судово-медична експертиза в кримінальному провадженні проводиться експертом за зверненням сторони кримінального провадження або за дорученням слідчого судді чи суду, якщо для з'ясування обставин, що мають значення, необхідні спеціальні знання (ст. 242 КПК України) [2].

При розслідуванні злочинів проти життя та здоров'я особи слідчий або прокурор зобов'язаний звернутися до експерта для проведення експертизи щодо:

- встановлення причин смерті;
- встановлення тяжкості та характеру тілесних ушкоджень;
- визначення психічного стану підозрюваного за наявності відомостей, які викликають сумніви щодо його осудності, обмеженої осудності;
- встановлення віку особи, якщо це необхідно для вирішення питання про можливість притягнення її до кримінальної відповідальності, а іншим способом неможливо отримати ці відомості [2].

Отже, проведення судово-медичної експертизи при розслідуванні злочинів проти життя та здоров'я особи є обов'язковою процесуальною дією, а висновок експерта виступає не лише джерелом доказів, а й підставою для відповідної кваліфікації злочинних діянь.

Список використаних джерел

1. Конституція України від 26.06.1996 року №254к/96-вр [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show>.
2. Кримінальний процесуальний кодекс України від 13.04.2012 року № 4651-VI (ред. від 08.10.2016 року) [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon0.rada.gov.ua/laws/show/4651-17>.

кримінальним законом суспільно-небезпечні діяння, пов'язані з порушенням правил, які забезпечують здоров'я населення і заподіюють їм істотної шкоди, або створюють небезпеку його заподіяння.

Відповідно до ст. 49 Конституції України кожний має право на охорону здоров'я. Держава забезпечує санітарно-епідемічне благополуччя населення. Злочини, передбачені розділом XIII Особливої частини КК України, посягають на здоров'я населення, яке є родовим об'єктом цих злочинів. Він охоплює собою безпеку біофізіологічного та психічного стану, що фактично склався, невизначеного кола осіб від незаконного обігу наркотичних засобів, психотропних речовин, їх аналогів і прекурсорів, отруйних, сильнодіючих речовин і одурманюючих засобів, біологічних агентів і токсинів, радіоактивне забрудненої продукції, а також від поширення епідемій [1].

Обов'язковою ознакою злочинів, що розглядаються (за винятком порушення правил боротьби з епідеміями КК України ст. 325), є наявність предметів, що становлять підвищену небезпеку для здоров'я людей. Вони виступають як предмети або як засоби здійснення цих злочинів. Такими предметами є: наркотичні; психотропні речовини; прекурсори; аналоги наркотичних засобів та психотропних речовин; снотворний мак і конопля; отруйні і сильнодіючі речовини; одурманюючі засоби; мікробіологічні та інші біологічні агенти; токсини; допінг; радіоактивне забруднені продукти та інша продукція.

Об'єктивна сторона злочинів, що розглядаються, полягає в суспільно небезпечному і протиправному заподіянні шкоди здоров'ю населення. Кримінальна відповідальність за ці злочини відповідає міжнародним договорам України, які передбачають обов'язки держав переслідувати осіб, винних в незаконному обігу предметів, що становлять підвищену небезпеку для здоров'я населення, в першу чергу наркотичних засобів. До них відносяться Єдина конвенція про наркотичні засоби 1961 р., Конвенція про психотропні речовини 1971 р. Конвенція ООН про боротьбу проти незаконного обігу наркотичних засобів і психотропних речовин 1988 р.

Як правило, ці злочини вчинюються тільки шляхом дії, а деякі з них і бездіяльністю (наприклад, порушення правил зберігання і обліку наркотичних засобів, отруйних і сильнодіючих речовин,

мікробіологічних та інших біологічних агентів або токсинів) [2].

Суб'єктивна сторона цього злочину з формальним складом характеризується прямим умислом. Важливе значення для кваліфікації злочину при цьому має встановлення наявності або відсутності мети збуту наркотичних засобів, радіоактивне забруднених продуктів харчування чи іншої продукції та інших предметів. У більшості злочинів з матеріальним складом вина є тільки умисною (наприклад, викрадення, привласнення наркотичних засобів, заволодіння ними шляхом шахрайства або зловживання службовою особою своїм службовим становищем.). Разом з тим, для таких злочинів, як порушення правил боротьби з епідеміями; порушення правил поводження з біологічними агентами чи токсинами; заготівля, перероблення або збут радіоактивне забруднених продуктів харчування характерна необережна форма вини до наслідків, хоч самі дії (бездіяльність) у вигляді порушення правил, можуть бути вчинені як умисно, так і через необережність.

Також є певні види злочинів проти здоров'я населення. Залежно від безпосереднього об'єкта, особливостей предмета та об'єктивної сторони злочину проти здоров'я населення, можна поділити на такі групи: злочини, пов'язані з незаконним обігом наркотичних засобів та інших предметів, небезпечних для здоров'я населення; злочини, пов'язані з незаконним заволодінням наркотичними засобами, а також обладнанням, призначеним для їх виготовлення; злочини, пов'язані з незаконним вживанням наркотичних і одурманюючих засобів, а також допінгу; інші злочини проти здоров'я населення [3].

Кримінальний Кодекс України містить достатню законодавчу базу для кримінально-правової боротьби зі злочинністю. Його правильне, неухильне застосування може й повинне зіграти величезну роль у рішенні завдань по скороченню злочинності. Для здійснення цих завдань КК установлює підстави й принципи кримінальної відповідальності, визначає, які небезпечні для особистості, суспільства й держави діяння визнаються злочинами, і встановлює види покарань або інші міри кримінально-правового характеру за здійснення злочинів.

Список використаних джерел

1. Конституція України : прийнята на п'ятій сесії Верховної Ради України 28 червня 1996 р. / станом на 15.03.2016,

Самойленко Катерина Василівна
слухач магістратури факультету № 1
Навчально-наукового інституту № 3
Національна академія внутрішніх справ
Науковий керівник - професор
Поліна Євгенівна Антонюк,
Кафедра криміналістики
та судової медицини НАВС
кандидат юридичних наук,

РОЛЬ СУДОВО-МЕДИЧНОЇ ЕКСПЕРТИЗИ ПРИ РОЗСЛІДУВАННІ ЗЛОЧИНІВ ПРОТИ ЖИТТЯ ТА ЗДОРОВ'Я ОСОБИ

Конституція України закріплює, що кожна людина має невід'ємне право на життя. Ніхто не може бути свавільно позбавлений життя. Обов'язок держави – захищати життя людини [1].

Процеси, які відбуваються в Україні протягом останніх 25 років, характеризуються прагненням до економічної та політичної самостійності. Глобальні зміни в економічній та політичній сфері супроводжуються як позитивними, так і негативними явищами. До негативних явищ можна віднести злочинність, яка з кожним роком тільки зростає. Особливої актуальності набуває зростання злочинних дій, спрямованих на життя та здоров'я особи.

У зв'язку з розслідуванням злочинів проти життя і здоров'я особи виникає необхідність застосування спеціальних знань, зокрема, медичних знань у формі проведення судово-медичної експертизи.

Судово-медична експертиза – це науково-практичне дослідження, яке здійснюється за постановою уповноважених органів або за ухвалою суду судово-медичним експертом і включає вирішення медичних і деяких біологічних питань, які виникають під час досудового розслідування [5].

Судово-медична експертиза проводиться з метою дослідження на підставі спеціальних знань матеріальних об'єктів, що містять інформацію про обставини кримінального провадження, яке розслідується органами досудового розслідування чи судом [4].

Проведення судово-медичної експертизи здійснюється виключно фахівцями державних спеціалізованих установ – бюро судово-медичних експертиз МОЗ України.

медиків думка така: медична помилка-це випадковий збіг обставин або наслідок недосконалості медичної науки та техніки. Вона не є результатом халатного, безвідповідального ставлення лікаря до своїх обов'язків, злочинної дії. Вина медичного працівника відсутня, а тому притягнення до правової відповідальності бути не може. Головна теза прихильників «юридичного напрямку»: лікарська помилка-це недбале, несумлінне, необережні дії та прийоми з надання медичної допомоги, результатом яких виявилось тілесне ушкодження або смерть пацієнта, та тягне за собою цивільно-правову відповідальність. Довести факт вчинення медичним працівником лікарської помилки надзвичайно складно. При цьому на сьогоднішній день вважається, що саме результати експертизи є основним доказом провини або невинності медичного працівника.

З вищевказаного випливає, що судово-медична експертиза – основний спосіб, щоб віднайти правду, і, захистивши права пацієнтів, в той же час не порушити свободи лікаря.

Список використаних джерел

1. Михайличенко Б.В. Судова медицина. Медичне законодавство: підручник: у 2 кн. / Б.В. Михайличенко, В.А. Шевчук, С.С. Бондар та ін.; за ред. акад. НАМН України проф. В.Ф. Москаленка, проф. Б.В. Михайличенка. – Кн. I : Судова медицина. – К. : ВСВ «Медицина», 2011 – С.430-444.
2. Капустин А.В. Некоторые актуальные вопросы организации и производства судебно-медицинских экспертиз / А.В. Капустин, Исаев А.И // Судебно-медицинская экспертиза. – 2004. – №1. – С. 7 - 10.
3. Акопов В.І. До історії судової відповідальності лікарів / В.І. Акопов // Жіночий лікар. Науково-практичне видання для практикуючих лікарів. – 2006. – №1. – 32 с.
4. Костикова Е.О. Медицинская ошибка: трагедия личности и проблема государства / Е.О. Костикова / Закон. — 2006. — № 5.
5. Цивільний кодекс України: Закон України від 16 березня 2003 р. / Офіційний вісник України. — 2003. — № 11. — Ст. 461.

[Електронний ресурс] режим доступу:
<http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/254%D0%BA/96-%D0%B2%D1%80>

2. Клименко В.А., Мельник М.І. Кримінальне право України. Особлива частина: Підручник. Вид. 2-ге, переробл. та допов.. К.: Атіка – 2008. – С. 712.

3. Кримінальний кодекс України / станом на 15.03.2016, [Електронний ресурс] режим доступу:
<http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/2341-14>

Лихова Софія Яківна

доктор юридичних наук, професор,
завідувач кафедри кримінального права
і процесу Навчально-наукового
юридичного інституту Національного
авіаційного університету

ВИКОРИСТАННЯ СПЕЦІАЛЬНИХ МЕДИЧНИХ ЗНАНЬ ПРИ ЗАСТОСУВАННІ НОРМ КРИМІНАЛЬНОГО ЗАКОНОДАВСТВА УКРАЇНИ

В Кримінальному кодексі України міститься низка норм, застосування яких неможлива без використання результатів судово-медичної експертизи та знань в галузі медичного права.

Так, наприклад, потреба у спеціальних знаннях в галузі медицини та психіатрії виникає, коли неможливо точно встановити вік особи. В деяких випадках можлива розбіжність між певним віком особи і рівнем її розумового розвитку, станом свідомості і волі, коли під час розслідування конкретної кримінальної справи виявляється, що вік особи не відповідає типовому для цього віку рівню психічного розвитку.

Потреба у медичних знаннях виникає і тоді, коли необхідно вирішити питання щодо осудності або неосудності особи. Безумовно, це питання в кінцевому рахунку вирішує суд, але наявність медичного критерію констатує висновок судово-психіатричної експертизи щодо наявності у особи одного із чотирьох видів психічних захворювань: 1) хронічна психічна хвороба; 2) тимчасовий розлад здоров'я; 3) слабоумство; 4) інший хворобливий стан [1]. Слід відмітити, що до компетенції судово-психіатричної експертизи відноситься вирішення питання і про

наявність юридичного критерію щодо психічного стану конкретної особи, адже саме юридичний критерій визначає тяжкість захворювання, глибину розладу психіки, ступінь впливу психічного захворювання на здатність усвідомлювати характер і наслідки вчиненого діяння, керувати своїми вчинками.

Значна кількість злочинів вчинюється в стані алкогольного сп'яніння або у стані, викликаному вживанням наркотичних або інших одурманюючих засобів (п. 13 ч. 1 ст. 67 КК України). При застосуванні цієї норми не слід забувати, що вказаний стан може бути як фізіологічним, так і патологічним і в останньому випадку особа визнається неосудною. Таким чином, не лише при встановленні ознак суб'єкта злочину, а і на стадії призначення покарання кримінальне законодавство потребує використання спеціальних медичних висновків.

Під час виконання покарання кримінальний закон, також, керується нормами медичного законодавства, зокрема Законом України «Про психіатричну допомогу» [2]. В даному випадку йдеться про застосування примусових заходів медичного характеру та примусового лікування (ст. ст. 92-96 КК України). Це питання настільки важливе для кримінального законодавства, що порядок і процедура пред'явлення заяви представлення заяви представника психіатричного закладу та мотивованого висновку комісії лікарів-психіатрів детально передбачені в ч. 2 ст. 95 КК України. Але примусове лікування призначається і тоді, коли засуджена особа страждає на хворобу, що становить небезпеку для здоров'я інших осіб. Існують, окрім вказаного виду, ще і соціально небезпечні захворювання (венеричні захворювання, СНІД) та особливо небезпечні інфекційні хвороби. Перелік таких хвороб передбачений у низці нормативних актів [3, 4, 5]. За свідоме зараження ними інших людей встановлена кримінальна відповідальність (ст. ст. 130, 133 КК України).

В Особливій частині КК України також міститься ціла низка норм, застосування яких потребує спеціальних медичних знань та проведення спеціальних медичних експертиз. Це особливо актуально щодо злочинів проти життя та здоров'я особи.

Так, в ст. 115 КК України встановлена відповідальність за умисне вбивство. В більшості випадків лише судово-медична експертиза надасть відповідь на необхідні для кваліфікації конкретного злочину питання про час настання смерті людини та її

відкривати кримінальне провадження. У разі відкриття кримінального провадження, слідство веде слідчий прокуратури, який видає постанову про проведення судово-медичної експертизи (пункт 2.1, «Правила про проведення комісійної судово-медичної експертизи»). Під час формування висновків необхідно дотримуватися певної схеми, що передбачає не випадково, а логічно виправдану послідовність відповідей на поставлені питання: 1) Чи правильно і своєчасно було поставлено діагноз? 2) Наскільки правильно, своєчасно, повно і ефективно здійснювалося лікування потерпілого? 3) Чи існує зв'язок між несприятливим результатом і характером діагностики і лікування? 4) Яким міг би бути результат лікування при правильних і своєчасних діагностиці та лікуванні? 5) Чи є недоліки в обстеженні, діагностиці та лікуванні хворого чи потерпілого? Якщо так, то в чому вони полягають?

Враховуючи, що судово-медичні експертизи з питань лікувальної діяльності відносяться до числа найбільш складних, їх необхідно не тільки кваліфіковано проводити, але і добре документувати. Нормативним актом, який регламентує проведення судово-медичної експертизи, є спеціальні «Правила проведення комісійної судово-медичної експертизи» (затверджені Наказом МОЗ від 17.01.1995р. Згідно з вищевказаним документом, залежно від характеру питань і патології, яка була у пацієнта, комісія експертів (пункт 2.4.1, «Правила проведення комісійної судово-медичної експертизи») складається з лікарів різних спеціальностей, які мають достатні теоретичні знання та великий досвід практичної лікарської діяльності. Ще однією особливістю такого різновиду експертизи є і те, що об'єктом дослідження є матеріали кримінальної справи, які охоплюють оригінали всіх медичних документів, медичну карту амбулаторного чи стаціонарного хворого(історію хвороби), акт судово-медичного дослідження або протокол патологоанатомічного розтину трупа, показання лікарів, медичних працівників та інших свідків у справі, які містять дані медичного характеру. У матеріалах справи має також бути характеристика на медичного працівника, який притягується до відповідальності.

Погляди на поняття «лікарська помилка» медиків та юристів майже діаметрально протилежні, істина знаходиться десь посередині, а розглядається як двоєдине поняття. Традиційно для

особою своїх службових обов'язків через несумлінне ставлення до них, що заподіяло істотну шкоду охоронюваним законом правам, свободам або інтересам окремих громадян, або державним чи громадським інтересам, або інтересам окремих юридичних осіб» (ст. 367 Кримінального кодексу України). Громадяни мають право на «відшкодування заподіяної шкоди здоров'ю» (ст. 6 Кримінального кодексу України). Державний захист права на охорону здоров'я передбачає і судовий захист порушених прав (ст. 8 ККУ). Кримінальному покаранню підлягає і залишення особи в небезпеці. «Завідоме залишення без допомоги особи, яка перебуває в небезпечному для життя стані і позбавлена можливості до самозбереження через малолітство, старість, хворобу або внаслідок іншого безпорадного стану, якщо той, хто залишив без допомоги, зобов'язаний був піклуватися про цю особу і мав змогу надати їй допомогу, а також у разі, коли він сам поставив потерпілого в небезпечний для життя стан» (ст. 135 ККУ). Якщо особі, що перебуває в небезпечному для життя стані, не надають допомогу, то такий злочин передбачає кримінальну відповідність (ст. 136 ККУ). Лікарська помилка – це дефект надання медичної допомоги, що пов'язаний з неправильними діями медичного персоналу за відсутності ознак умисного або необережного злочину. З цього визначення випливає, що лікарська помилка виникає при добросовісному відношенні медика до своїх обов'язків, коли немає складу злочину і не може бути застосована жодна з вищевказаних статей Кримінального кодексу України. В основі помилок можуть лежати як об'єктивні (відсутність належних умов надання медичної допомоги, недосконалість існуючих способів лікування захворювання, тяжкість стану хворого та ін.), так і суб'єктивні чинники (недостатній досвід медичного працівника чи неправильна діагностика захворювання, недооцінка чи навпаки переоцінка результатів консультацій інших фахівців). Якщо постраждалий або його родичі вважають, що його права в наданні чи отриманні медичної допомоги порушені, що особливо часто буває при виникненні несприятливих наслідків, звинувачують лікаря чи лікувально-профілактичний заклад. Це, в свою чергу, призводить до виникнення так званих «лікарських справ». Коли останню відкрито, проводиться судово-медична експертиза «лікарських справ». Результати першого етапу – відомчого розгляду – передаються в прокуратуру, де прокурор вирішує відкривати чи не

причину, адже смерть може настати не лише внаслідок суспільно небезпечного діяння, а і внаслідок механічної травми. Визначенням реакції організму на травму займаються дослідники в галузі судової медицини, хірургії, нейрохірургії тощо. Механізм реакції організму на травму вивчали на клітинному та субклітинному рівнях, визначали особливості розвитку судинної динаміки, елементів гемореології, обміну речовини, стану імунної системи. Як вказує А.М. Біляков, у випадках протиправних дій проти життя людини визначення давності виникнення травми має вирішальне значення [6]. Багато проблем виникає у процесі кваліфікації тілесних ушкоджень (ст. ст. 121, 122, 125 КК України). За ступенем тяжкості вони поділяються на тяжкі, середньої тяжкості і легкі, а ступінь їх тяжкості встановлюється відповідно до Правил судово-медичного визначення ступеня тяжкості тілесних ушкоджень [7]. Навіть окремі ознаки тілесних ушкоджень, наприклад, втрата працездатності, визначаються відповідно до нормативних актів в галузі медичного права [8].

Серйозна проблема виникає при застосуванні норми КК України про тяжке тілесне ушкодження, що спричинило смерть потерпілого (ч. 2 ст. 121 КК України) та про її відмежування від умисного чи необережного вбивства чи від замаху на вбивство.

Таких прикладів можна приводити багато. Вищевказане дає підстави для висновку, що вивчення медичного права та таких дисциплін як «Судова медицина» та «Судова психіатрія» є необхідною складовою кваліфікації «юриста», адже починаючи від порушення кримінального провадження і закінчуючи стадією застосування покарання ми потребуємо спеціальних знань не лише в галузі юриспруденції.

Список використаних джерел

1. Порядок проведення судово-психіатричної експертизи: Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 8 жовтня 2010 р. № 397. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/z0219-02>.
2. Про психіатричну допомогу: Закон України від 22 лютого 2000 р. № 1489-III. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/1489-14>.
3. Про захист населення від інфекційних хвороб: Закон України від 6 квітня 2000 р. № 1645-III. [Електронний ресурс]. – Режим

доступу: <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/1645-14>.

4. Про запобігання захворювання на СНІД та соціальний захист населення: Закон України в ред. від 3 березня 1998р. №155/98-ВР. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon0.rada.gov.ua/laws/show/155/98-%D0%B2%D1%80>.

5. Перелік особливо небезпечних інфекційних та паразитарних хвороб людини і носійства збудників цих хвороб, затверджений наказом МОЗ України від 19 липня 1995 р. № 133. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://mozdocs.kiev.ua/view.php?id=383>.

6. Біляков А.М. Судово-медичне обґрунтування тривалості перебігу смертельної механічної травми за метаболічними змінами в організмі в ранній термін антемортального періоду [Текст] : автореферат дис. . д-ра мед. наук : 14.01.25 – судова медицина / А. М. Біляков ; М-во охорони здоров'я України, Нац. мед. акад. післядипл. освіти ім. П. Л. Шупика. – Київ - 2014. – 40 с.

7. Правила судово-медичного визначення ступеня тяжкості тілесних ушкоджень, затверджені наказом МОЗ України від 17 січня 1995р. №6. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/z0255-95>.

8. Порядок організації та проведення медико-соціальної експертизи втрати працездатності, затверджений постановою КМ України від 4 квітня 1994 р. № 221. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/221-94-%D0%BF>.

Марчак Ірина Василівна

Студентка IV курсу 19 групи

медичного факультету №2

Національного медичного
університету ім. О.О.Богомольця

Науковий керівник – асистент

Ергард Наталія Миколаївна

Кафедра судової медицини

та медичного права

Національного медичного

університету ім. О.О. Богомольця

ЕКСПЕРТНА ОЦІНКА ЖИРОВОЇ ЕМБОЛІЇ ПРИ ПЕРЕЛОМІ ШИЙКИ СТЕГНОВОЇ КІСТКИ

В судово-медичній практиці найчастіше доводиться проводити

клінічних протоколів, а для лікувально-профілактичних закладів зараз розроблені «Стандарти медичних технологій лікувально-діагностичного процесу стаціонарної допомоги» дорослому та дитячому населенню. Латинське прислів'я свідчить: «Ergate humanum est» - «Кожній людині властиво помилятися». І, нажалю, медичні працівники не є винятком: у практиці лікарської діяльності навіть при найсумліннішому ставленні лікаря до власних професійних обов'язків можливі помилки в діагностиці та лікуванні. За упущення в діях медичного персоналу, останній може бути притягнутий до кримінальної відповідальності. Звернувшись до історії, відмічаємо, що законодавство, яке регламентує відповідальність медиків за лікарські помилки з'явилося ще в глибоку давнину. До нас дійшов Звід законів(законник) Хаммурапі, який правив Месопотамією і Вавилоном у 1792-1750 рр. до н.е., в якому три параграфи відведено відповідальності за лікарську помилку. В римському праві було широке поняття про «лікарську помилку». Останнє передбачало покарання лікаря за недосвідченість, необережність чи ненадання медичної допомоги. Римське право не допускало правомірності смерті хворого внаслідок тяжкості захворювання. Умисне умиротворення хворого, отруєння його за допомогою отрути, аборт, кастрація не відносились до професійних злочинів і відповідальність медичних працівників за них була такою ж, як і у інших громадян. В Англії в XV столітті лікар, який завдавав шкоди пацієнтові, поставав перед судом голови міста, і за вироком останнього піддавався штрафу, тюремному ув'язненню або на певний термін позбавлявся лікарської практики. В Стародавній Русі лікування прирівнювалось до чарівництва, а лікарська помилка розцінювалась як умисний злочин. Тож, як ми можемо прослідкувати, поняття про «лікарську помилку» формувалось протягом багатьох століть. Тому і протиріччя між лікарем (відповідачем) та прокурором (позивачем) виникали дуже часто. Допомогли їх розрішенню події 70-80 рр. XX століття, коли й склалася певна практика розслідування і судово-медичної експертизи, яка і є основою сучасної експертизи. В Україні XXI століття всі законодавчі акти щодо охорони здоров'я та вся діяльність медичного персоналу мають відповідати «Основам законодавства України про охорону здоров'я». Права пацієнта захищені Кримінальним кодексом від службової недбалості – «невиконання або неналежного виконання службовою

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 [1].

Отже, розглядаючи зазначене питання, ми можемо зробити висновок про те, що дана тема неабияк важлива для кожної людини, адже практично всі стикаються за своє життя з процесом пологів. І кожен розуміє, що на сучасному етапі розвитку медицини пологи приймають у медичному закладі з обов'язковою участю лікаря. Проте недбала медична діяльність є найчастішою причиною виникнення смерті матерів та новонароджених під час пологів.

Список використаних джерел

1. Кримінальний кодекс України // Відомості Верховної Ради України. – 2001. – № 40-41, 42. – ст. 492.

Придрик К.О., Діденко О.І

З медичного факультету
Національного медичного
університету ім. О.О.Богомольця

Науковий керівник – асистент

Варуха Катерина Володимирівна

Кафедра судової медицини
та медичного права

Національного медичного
університету ім. О.О. Богомольця

ЛІКАРСЬКА ПОМИЛКА: ЗБИГ ОБСТАВИН ЧИ КРИМІНАЛЬНИЙ ЗЛОЧИН?

У наш час – час стрімкого технічного прогресу та нових технологій, медичні працівники мають справу з механізмом, що не завжди й не до кінця піддається загальноприйнятим законам і правилам – людським організмом. Функції його складні, мінливі і багато в чому ще не до кінця вивчені, тому часто передбачити індивідуальні реакції на лікувальні заходи в екстремальних умовах вкрай важко. При тяжкому стані хворого лікар не має права відкладати лікування до остаточного прояснення діагнозу. Він повинен вжити термінові заходи для підтримки і нормалізації життєво важливих функцій. Сучасні вимоги щодо лікування прописані в Стандартах медичної допомоги та у відповідних

експертизу у зв'язку з пошкодженнями при побутовому і транспортному травматизмі. Перелом шийки стегнової кістки – важка травма, летальність якої становить 10% під час перебування в лікарні і понад 25% протягом першого року. Це досить часте явище в наші дні, особливо серед старшого покоління. До важких ранніх ускладнень перелому шийки стегна відноситься жирова емболія. Частота її виникнення становить 3-6%, а після множинної травми – 27,8%. Серед загиблих з діагнозом «шок» частота жирової емболії досягала 44%, залежно від тяжкості травми. Інволютивні зміни, нейротрофічні ураження кістки, остеопороз, втрата еластичності м'язів, обмеження амплітуди рухів у суглобі, зниження захисної реакції м'язів у людей старшого та похилого віку сприяють виникненню переломів проксимального кінця стегнової кістки [3]. Для отримання такої травми літнім людям достатньо падіння з висоти власного зросту [1]. Тому, щоб запобігти смертельним наслідкам, необхідно знати, як вчасно попередити розвиток жирової емболії, в чому, власне, полягає вся актуальність теми.

Жирова емболія – це ускладнення, яке викликане закупоркою кровоносних судин краплями жиру, що може призвести до смерті на 3-5 день після травми [4]. Механічна теорія розвитку жирової емболії говорить про те, що після механічного впливу на кісткову тканину жирові частинки кісткового мозку звільняються і емболи поширюються по лімфатичних і венозних шляхах в легеневі капіляри [5]. Частинки кісткового мозку виявляються в легенях вже через кілька секунд після перелому. Друга теорія, якої дотримуються більшість учених, ґрунтується на біохімічних змінах циркулюючих ліпідів крові. Під впливом травми та супутньої їй артеріальної гіпотензії, гіпоксії, гіперкатехолемії, активації тромбоцитів та факторів згортання порушується дисперсність жирів плазми крові. Нейтральний жир трансформується у вільні жирні кислоти, які у вигляді глобул закупорюють просвіт судин. Утворений жировий тромб може знаходитися в стані спокою або з током крові потрапляти в життєво важливі органи [2].

Клінічні прояви жирової емболії pojawiaються через 24-48 годин після травми або критичного стану. На шкірі шиї, верхній частині грудей, на плечах виявляються дрібні петехіальні крововиливи, які зберігаються від декількох годин до декількох днів. На очному дні виявляється периваскулярний набряк та наявність жирових крапель

в просвіті судин. Патогномонічним для жирової емболії є синдром Пурчера – мікроінфаркти кінцевих артерій сітківки, біло-сірі плями на очному дні. Можливий розвиток гіпертермії до 39-40°C. При жировій емболії виділяють легеневи та церебральні синдроми. Легеневий виникає в 60% випадків, проявляється задишкою, вираженим ціанозом, сухим кашлем. У ряді випадків виникає набряк легень з виділенням пінистого мокротиння з домішками крові [5]. Крім того, в аналізах крові відзначаються тромбоцитопенія і анемія. Рентгенологічно видно вогнища затемнення («снігова буря»), посилення судинного чи бронхіального малюнка, розширення правих меж серця [5]. На ЕКГ відзначаються тахікардія, порушення ритму серця, деформація зубця Т, блокада провідних шляхів серця. Церебральний синдром характеризується раптовою втратою свідомості, мареннями, дезорієнтацією, збудженням. При неврологічному дослідженні виявляється анізокорія, патологічні рефлексії, епілептиформні судоми, що переходять в ступор і кому, на тлі яких відбувається глибоке пригнічення гемодинаміки [5].

Діагностика жирової емболії надзвичайно ускладнена, її рідко розпізнають у хворих, що надходять у стаціонар з поєднаними травмами. Діагностика викликає труднощі з кількох причин. По-перше, клінічний прояв жирових емболій маскується картиною травматичного шоку, симптоматикою черепно-мозкової травми. По-друге, відсутня чітка клінічна картина, по-третє – немає достатньої обізнаності широкого кола лікарів про жирові емболії при поєднаних травмах [4].

При встановленні діагнозу жирової емболії негайно повинна бути розпочато інтенсивне лікування: штучна вентиляція легень 40-50% киснем з повітрям. Одночасно повинні вживатися всі заходи, спрямовані на створення абсолютної нерухомості кісткових відламків в області перелому, повинна бути надійна іммобілізація пошкодженої кінцівки, так як рухливість кісткових відламків може посилити розвиток жирової емболії.

Розпізнання жирової емболії під час розтину трупа ускладнене. Кінцевий діагноз можна встановити за допомогою гістологічного дослідження тканини легень і речовини головного мозку. Макроскопічно органи при жировій емболії не змінюються, жирові емболи виявляються в капілярах тільки при мікроскопічному дослідженні зрізів, спеціально забарвлених на жири (Судан III або

виділяють із загальної проблеми смертності. Кожен випадок материнської смерті — це трагедія для всіх, адже помирає молода жінка, залишаються сиротами діти.

Причиною смерті може бути нещасний випадок (несприятливий наслідок, викликаний обставинами, які лікар не міг передбачити і усунути) чи лікарська помилка (об'єктивні чи суб'єктивні причини при наявності пом'якшуючих обставин) – недостатні діагностика, досвід, вміння лікаря при його добросовісності; медичне правопорушення і професійний злочин (порушення професійних обов'язків - халатність, легковажність, злочинна недбалість).

Серед причин смертності дітей віком до одного року дві третини складають захворювання, які є наслідком стану здоров'я матері та якості медичної допомоги матері впродовж вагітності та пологів. Випадки материнської смерті поділяються на дві групи: смерть, безпосередньо пов'язана з акушерськими причинами: смерть в результаті акушерських ускладнень, стану вагітності (тобто вагітності, пологів та післяпологового періоду), а також у результаті втручань, упущень, неправильного лікування або ланцюга подій, що настали за будь-який з перерахованих причин.

Прикладом цього може бути той факт, що у Львівській області упродовж 2012-2013 років слідчі скерували до суду 4 кримінальні провадження щодо акушерів-гінекологів. Їх підозрюють у недбальстві, яке спричинило смерть новонароджених та породіллі. Двоє діток померли у відділенні екстрагенітальної патології вагітних Львівської клінічної лікарні. У першому випадку немовля отримало пологову травму голови під час операції. Попри інтенсивне лікування дитина таки померла. В іншому випадку дитина померла під час кесаревого розтину ще в утробі матері. У поліції повідомили, що у смерті дітей винен той самий лікар. Також дитина померла, так і не з'явившись на світ, у черговому пологовому відділенні Сокальської центральної районної лікарні. У її смерті винен акушер-гінеколог, який недбало провів кесаревий розтин. У Бродівській центральній районній лікарні через помилку акушера померла породілля. Досить часто такі випадки трапляються у медичній практиці й несуть за собою кримінальну відповідальність відповідно до чинного Кримінального кодексу України ст. 140 «Неналежне виконання професійних обов'язків медичним або фармацевтичним працівником» й караються позбавленням права обіймати певні посади чи займатися певною

Очевидно, що ключовим має бути питання про правильність дій медичного працівника. При цьому висновки повинні бути логічно виправданою послідовністю відповідей.

При цьому, правова оцінка висновку судово-медичної експертизи якості надання медичної допомоги є основою кваліфікації дефектів надання медичної допомоги, визначення прав і обов'язків всіх сторін розгляду несприятливих результатів медичних втручань. Тому доцільними вбачаються спільні зусилля юристів і судових медиків у розробці логічної моделі аргументації висновків і стандартів експертизи якості надання медичної допомоги.

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. – С. 503-507.

2. Стеблюк В.В. Правові та морально-етичні аспекти кримінальних правопорушень у сфері професійної діяльності медичних працівників / В.В. Стеблюк // Судово-медична експертиза. – 2013. – С. 45-48.

Перебийніс Вікторія Володимирівна

З медичного факультету
Національного медичного
університету ім. О.О.Богомольця

Науковий керівник – асистент

Ергард Наталія Миколаївна

Кафедра судової медицини
та медичного права

Національного медичного
університету ім. О.О. Богомольця

АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ДИТЯЧОЇ ТА

МАТЕРИНСЬКОЇ СМЕРТНОСТІ ПІД ЧАС ПОЛОГІВ

Щорічно гине понад 500 тисяч жінок та близько 4 мільйонів новонароджених помирають у перші 28 днів життя через ускладнення вагітності та пологів.

Смертність материнська та немовлят вважається одним із найважливіших питань навіть при сучасному розвитку медицини, її

IV, осмієва кислота).

Профілактика жирової емболії – швидке хірургічне втручання при переломах, є серйозним моментом в лікуванні хворих після скелетної травми. У перші добу пацієнт повинен перебувати під пильним наглядом, при цьому всі медичні процедури слід проводити з особливою обережністю.

Список використаних джерел

1. Концевич І.О., Михайличенко Б.В. Судова медицина: Підручник для студентів мед. вузів. / Концевич І.О., Михайличенко Б.В. та ін.; За ред. І.О. Концевич, Б.В. Михайличенка. — К.: МП «Леся», 1997. — С. 656.

2. Скляренко Є.Т. Травматологія і ортопедія: Підручник / Є.Т. Скляренко. – К.: Здоров'я, 2005. – С. 384.

3. Соколов В.А. Множественные и сочетанные травмы. – М.:ГЭОТАР – Медиа, 2006. – С. 512.

4. Жирова емболія та її лікування [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://medix.in.ua/nedug/cardio/zhyrova_embolii/

5. Профілактика жирової емболії [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://diagnoz.net.ua/diagnoz/29656-zhirova-embolya.html>

Мамина Анна Владимировна

студентка II медицинского факультета
IV курса IX группы

Национального медицинского
университета имени А.А. Богомольца

Научный руководитель - ассистент

Федорова Елена Анатольевна

Кафедра судебной медицины и
медицинского права Национального
медицинского университета
имени А.А. Богомольца

СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИЙ АНАЛИЗ НЕКОТОРЫХ НЕДОЧЕТОВ В РЕАНИМАЦИОННОЙ ПРАКТИКЕ

Актуальность. В наше время проблема недочетов в реанимационной практике является повсеместной, но скрытой от общественности ради благосостояния медицинского персонала.

Учитывая нехватку лекарств, обученных кадров, оборудования, финансирования и, самого важное в мотивации, – адекватной зарплаты, работники лечебных учреждений часто слишком недобросовестно относятся к своим обязанностям.

Самыми главными проблемами в реанимационной практике являются недостаток внимания к пациенту и отсутствие уголовного наказания для медицинского персонала.

В данной работе произведен анализ некоторых недочетов в практике медицинского персонала реанимационного отделения и палат интенсивной терапии среди совершеннолетних пациентов неврологического профиля. Данные взяты на основании личного опыта работы в этих отделениях.

Одной из главных проблем, с которой пришлось столкнуться, оказалась аспирационная пневмония. Статистики о том, сколько пациентов умирает от аспирационной пневмонии либо пневмонитов в Украине не публикуется. Согласно данным из зарубежного журнала [1], только 10-30% пациентов после анестезии умирают от аспирационной пневмонии. То, сколько пациентов умирают вследствие аспирации энтерального питания, а не желудочного содержимого, остается неизвестным. Только в двух разных центральных больницах Украины было замечено, что в каждой группе из приблизительно 10 больных, которые за 1 неделю при благоприятном течении должны перейти в стационар, 5 переходили в отделение стационара, а остальные 5 имели летальный исход. У большинства пациентов интенсивной терапии неврологического профиля имеет место нарушение глотания. В 1 случае смерти из 5, то есть в 20% – происходила аспирационная пневмония, вследствие недосмотра за процессом самостоятельного питания пациента.

Другой проблемой являются так называемые «суициды». Оставляя окна открытыми, персонал подвергает риску пациента к осознанному или неосознанному выпрыгиванию из окна. Каждому сотруднику в отделении неврологии, психиатрии и реанимации известно о данном факте, но все равно, ошибки имеют место быть.

Третья причина – травматизм пациентов, которые падают с кроватей.

Четвертая – небрежность при интубации, когда трубка выскальзывает из трахеи и гортани. Часто по причине отсутствия надзора ночью, при неправильно поставленной трубке либо ее

результату). При экспертном дослідженні «лікарських справ» з приводу несприятливих результатів медичної практики експерти керуються документами, які визначають проведення судово-медичної експертизи.

В даний час ведеться дискусія з приводу того, чи мають право лікарі самі оцінювати діяльність своїх колег. Правомірність або незаконність діянь оцінюють юристи, тоді як роль лікарів взагалі і судово-медичних експертів зокрема полягає у визначенні причин несприятливого результату втручання, співвідношення дій лікарів з прийнятими в медицині правилами і методами лікування. Безумовно, слідчий може не володіти спеціальними знаннями в галузі медицині, що ускладнює для нього процес формулювання питань на вирішення експертизи. В зв'язку з цим передбачається можливість консультування з боку голови експертної комісії. Зміст подібних питань повинен варіювати залежно від конкретних обставин провадження. Проте слід зазначити загальні питання, які повинні з'ясовувати в більшості випадків дефектів надання медичної допомоги:

- причина несприятливого результату або смерті;
- наявність або відсутність недоліків у діях лікаря;
- конкретні причини неправильних дій медичного працівника;
- можливі причини несприятливого результату у разі правильного лікування.

Результатом експертного дослідження з приводу дефекту надання медичної допомоги є висновки. Кожен висновок повинен складатися з наступних розділів:

- вступної частини, яка включає титульний лист і питання, поставлені на вирішення експертизи;
- протокольної частини, яка включає в себе обставини вчиненого кримінального правопорушення, необхідні відомості з матеріалів кримінального провадження і попередньої медичної документації, дані попередніх експертиз;
- підсумків.

Особливості медичної діяльності обумовлюють труднощі медико-юридичної оцінки несприятливих результатів лікування у справах про притягнення до відповідальності медиків за професійні правопорушення. Найбільш важливою і відповідальною частиною висновку є підсумки. Тут повинні міститися мотивовані відповіді на питання, поставлені ініціатором проведення експертизи.

Пустовойт Анастасія Анатоліївна
слухач магістратури факультету № 2
навчально-наукового інституту № 3
Національна академія внутрішніх справ
Науковий керівник - професор
Антонюк Поліна Євгенівна
Кафедра криміналістики та судової
медицини НАВС,
кандидат юридичних наук

ОСНОВИ ТА ПРАВИЛА ПРОВЕДЕННЯ ЕКСПЕРТИЗИ ДЕФЕКТІВ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

Одна з найбільш стародавніх професій на землі – професія лікаря. В усі часи ставлення до лікарів залежало від виконаної ними роботи: в разі успішного завершення лікування – довіра та повага, в протилежному випадку – обурення і ненависть. Незважаючи на значний прогрес в медицині, і сьогодні ніхто не може гарантувати обов'язкову успішність лікування, оскільки кінцевий результат будь-якого медичного втручання залежить від певних чинників, таких як: об'єктивні обставини, професіоналізм лікаря та ставлення самого пацієнта. За таких умов актуалізується питання відповідальності медичних працівників за діяння, вчинені ними під час виконання своїх професійних обов'язків.

Дефект надання медичної допомоги – це неналежне здійснення діагностики, лікування хворого, організації медичної допомоги, яке призвело або могло призвести до несприятливого результату медичного втручання. Як показує практика, причини несприятливих результатів можуть бути різними – починаючи від невчасного звертання хворого до лікаря з приводу свого захворювання, включаючи атиповий перебіг хвороби, і закінчуючи невиліковністю даної патології сьогодишнім арсеналом засобів медицини.

З метою встановлення правильності надання медичної допомоги у випадках притягнення до кримінальної відповідальності медичних працівників за «професійні правопорушення» обов'язково призначається проведення комісійної судово-медичної експертизи. Умовою проведення даної експертизи є участь декількох лікарів однієї або різних спеціальностей (в залежності від кінцевого несприятливого

ненамереном извлечении самим пациентом, пациент может умереть по причине асфиксии.

И, наконец, самое важное – практически полное отсутствие ночного ухода. Среднему медицинскому персоналу надлежит в ночное время каждый час записывать показатели с приборов, такие как: температура тела, артериальное давление, степень сатурации крови кислородом, пульс и ЧДД. Врач реаниматолог самостоятельно выставляет на аппаратуре границы этих показателей, при превышении которых подается громкий звуковой сигнал. Средний медицинский персонал имеет практику выключать звуковое оповещение в ночное время и ложиться спать. Из этого следует отсутствие мониторинга жизненных показателей и несвоевременное оказание помощи пациентам в критических состояниях, что приводит к летальному исходу. Кроме того, отсутствие истинных данных динамики витальных функций приводит к назначению неверного лечения и, соответственно, ненамеренному совершению врачебной ошибки.

Как показывает практика, медработники в большинстве случаев абсолютно не знают статей Криминального кодекса Украины, которые касаются их в первую очередь. Исходя из всего выше перечисленного, судебно-медицинской экспертизе будут подлежать пациенты с причиной травматизма либо смерти в результате нарушений со стороны медицинских работников по таким статьям уголовного кодекса Украины [2], как:

- ст. 119. Убийство по неосторожности;
- ст. 128. Неосторожное тяжкое или средней тяжести телесное повреждение;
- ст. 135. Оставление в опасности;
- ст. 136. Неоказание помощи лицу, находящемуся в опасном для жизни состоянии;
- ст. 139. Неоказание помощи больному медицинским работником;
- ст. 140. Ненадлежащее исполнение профессиональных обязанностей медицинским или фармацевтическим работником.

Выводы и рекомендации. Главная проблема Украинских отделений интенсивной терапии заключается в некачественном надзоре и уходе за пациентом, из-за чего происходит постоянное нарушение Криминального кодекса Украины медработниками. Следовательно, для разрешения вышеперечисленных недочетов в

реанимационной практике необходимо: провести централизацию наблюдения за пациентами на примере иностранных клиник, где в отделении есть специально отведенное место с выводом на мониторы компьютеров жизненных показателей каждого из пациентов из интенсивной терапии; организовать повышение квалификации старшего и среднего медицинского персонала с проведением обязательных углубленных курсов по практическим навыкам в интенсивной терапии, а также обучение среднего и младшего медицинского персонала по уходу и надзору за пациентами; ввести использование «снимающихся» ручек либо ключей от окон с запретом на полное открытие окон в отделении; использовать кровати с функциональным ограждением, для предотвращения пациентов от падения на пол; и, наконец, – провести обязательное ознакомление медицинского персонала с их правами и обязанностями, а также с вышеперечисленными статьями Криминального Кодекса Украины.

Список использованных источников

1. <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJM200103013440908>
2. <http://trigger.in.ua/analitika/vrachebnaya-oshibka-ili-professionalnoe-nevezhestvo-mifyi-illyuzii-realnost.html>

Мельник Марина Сергіївна
студентка 3 курсу факультету № 2
301 групи Національної академії
Внутрішніх справ
Науковий керівник – викладач
Ергард Наталія Миколаївна
Кафедра криміналістики та
судової медицини Національної
академії внутрішніх справ

ЛІКАРСЬКІ ПОМИЛКИ

Лікарська помилка – достатньо поширене явище. Проблема поняття «лікарської помилки» полягає в тому, що, незважаючи на досить часте згадування, нерідко під одним і тим самим терміном різні автори розуміють різні явища. З позицій медичного права така ситуація є неприпустимою, оскільки повинні існувати єдиний методологічний підхід і єдині принципи правової оцінки лікарських

(8,7%). 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. Дунаєвська Л.Г. Розслідування злочинів, вчинених під час надання медичної допомоги / Дунаєвська Л.Г. // Монографія. – К.: АДС УМКЦентр, 2012. – 168 с.
2. Закон України «Про судову експертизу» [Електронний ресурс]/ Відомості Верховної Ради України (ВВР) – К., 2004, – № 28. – ст.232. – Режим доступу: <http://zakon.rada.gov.ua>. – Назва з екрану.
3. Інструкція про проведення судово-медичної експертизи, затверджена наказом Міністерства охорони здоров'я України від 17.01.95 р. N 6 [Електронний ресурс]/ Міністерство охорони здоров'я України – К., 1995. – № 6. – Режим доступу: <http://zakon1.rada.gov.ua>. – Назва з екрану.
4. Кримінальний процесуальний кодекс України [Електронний ресурс]/ Відомості Верховної Ради України (ВВР) – К., 2014, – № 46. –ст.2046— Режим доступу: <http://zakon2.rada.gov.ua>. – Назва з екрану.
5. Кримінальний кодекс України [Електронний ресурс]/ Міністерство охорони здоров'я України – К., 2001. –№ 25-26. — Режим доступу: <http://zakon1.rada.gov.ua>— Назва з екрану.
6. Стеблюк В.В. Правові та морально-етичні аспекти кримінальних правопорушень у сфері професійної діяльності медичних працівників // Судово-медична експертиза – К., 2013. – № 2. – С. – 45- 48.

діагнозу судово-медичному, встановленому після розтину, спостерігалася тільки у 5,3±% (11 випадках), неповна відповідність – у 37,7% (78), у 57,0% (118) випадках діагноз не співпадав. Ускладнення основного діагнозу не співпадали в 129 (62,3±%), неповне співпадіння було в 74 (35,7±%) випадків. Жодного випадку повного співпадіння основного судово-медичного з основним клінічним у поєднанні зі збігом ускладнень, встановлених при розтині, та клініцистами, не було). Повне співпадіння діагнозів ШМД, клініцистів та судово-медичних експертів (по основному) спостерігалася тільки у 2,9% (6 випадків). 22,2% (46) склали випадки розбіжностей усіх трьох діагнозів.

Найбільш частою причиною розбіжності в діагнозах була недостатність даних для постановки правильного діагнозу 145 (70,0 ±%), недооцінка даних огляду – 132 (63,8 ±%), пізні звернення – 20 (9,7 ±%) (тут враховувалася нестача часу для повноцінного проведення огляду, обстеження, а також приєднання ускладнень, що ускладнювало діагностику).

Ізольована недооцінка даних огляду склала 50 (24,2±%), нестача – 52 (25,1±%). Сукупність причин: а) недооцінка даних огляду в сукупності з недооцінкою даних 81 (39,1±%), недооцінка даних з пізнім зверненням – 11 (5,3±%).

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 необ'єктивно. Це підтверджується і великою питомою вагою (70,6%) недіагностованих а ні на догоспітальному етапі, а ні у відділеннях пневмонією, яка ставала причиною смерті. Тобто захворювання погано діагностувалися клініцистами, а лікування у відділенні спрямовано, здебільшого, не на лікування основної патології, а на загальний напрям відділення, що підкреслює недостатню обізнаність лікарів у різних галузях медицини, оскільки кожен з фахівців орієнтується на патології «свого» профілю і призначає відповідне лікування. Лікування, що було призначено хворим було етіопатогенетично вірно обрано тільки у небагатьох випадках: випадки повного співпадіння діагнозів, а також неповних і неспівпадінь за наявності цереброваскулярної патології (при клінічному діагнозі ЗЧМТ) (10,6%) і частково – при отруєннях

помилки.

Актуальність проблеми правової регламентації лікарських помилок пояснюється також й статистичними даними, що належать як до частоти лікарських помилок, так і до економічних втрат, пов'язаних з дефектною діяльністю медичних працівників. Найважливішим завданням медичного права є регулювання за допомогою правових механізмів не самих лікарських помилок, а питань відповідальності медичних працівників за їх здійснення.

Визначення терміна «лікарська помилка» є необхідним з тією метою, щоб правильно регламентувати її наслідки. Численні варіанти, запропоновані як лікарями, так і юристами, в тій або іншій мірі базуються на точці зору І. Давидовського, що вважав лікарські помилки «прикрим браком у лікарській діяльності», при якому першопричиною є добросовісна помилка лікаря, що виключає кримінальну відповідальність. У той же час сьогоденний розвиток медичного права диктує необхідність комплексного сприйняття проблеми лікарських помилок з урахуванням їх тісного нерозривного зв'язку з дефектами надання медичної допомоги [1].

Лікарська помилка – це дефект надання медичної допомоги, що пов'язаний з неправильними діями медичного персоналу, який характеризується добросовісною помилкою за відсутності ознак умисного або необережного злочину [2]. З цього визначення випливає, що лікарська помилка виникає при добросовісному відношенні медика до своїх обов'язків, коли немає причин говорити про наявність ознак складу злочину.

В основі помилок можуть знаходитися як об'єктивні, так і суб'єктивні чинники. Серед перших можна виокремити:

- відсутність належних умов надання медичної допомоги;
- недосконалість існуючих способів лікування захворювань;
- тяжкість стану хворого та ін.

Розглядаючи найбільш значущі суб'єктивні причини лікарських помилок, слід виділити:

- недостатній досвід медичного працівника;
- недостатнє обстеження хворого, неправильна інтерпретація лабораторних та інструментальних досліджень;
- недооцінка або переоцінка результатів консультацій інших фахівців тощо.

Класифікація лікарських помилок залежить від обраного критерію. За нозологічним принципом, тобто залежно від

локалізації і виду патологічного процесу, виділяють помилки при «гострому животі», інфаркті міокарду, захворюваннях дихальної системи та ін. Залежно від суті і зв'язку з лікувально-діагностичним процесом розрізняють такі лікарські помилки:

- діагностичні;
- тактичні;
- технічні.

Латинське прислів'я свідчить: «Errare humanum est» – «Кожній людині властиво помилятися». Не є виключенням і медичні працівники. Тут достатньо важлива роль належить детальному розгляду і вивченню подібних помилок усередині лікарських колективів. Це необхідно з метою визначення основної причини - не виключено, що мова йде про об'єктивний характер причини лікарської помилки [3].

Більшість пацієнтів вважають, що медичний працівник повинен відповідати за свої помилки у будь-якому випадку, оскільки життя та здоров'я – найцінніші блага людини.

Розуміння лікарської помилки та її юридичного (в т. ч. кримінально-правового) значення залишається однією з найбільш складних проблем кримінальної відповідальності медичних працівників за діяння, здійснені при виконанні професійних обов'язків під час надання медичної допомоги. Вирішенню даної проблеми присвячено немало праць, висловлені найрізноманітніші точки зору. Лікарська помилка є специфічним видом фактичної помилки в кримінальному праві.

Ми спробуємо обґрунтувати існування двох лікарських помилок, які допускаються медичними працівниками при виконанні професійних обов'язків під час надання медичної допомоги:

– релевантні – такі помилки призводять до кримінальної відповідальності за здійснення «професійного» злочину через неохережність;

– нерелевантні – ці помилки виключають кримінальну відповідальність внаслідок ненавмисного нанесення шкоди.

Релевантні лікарські помилки. Найбільш поширеним підрозділом помилок в кримінальному праві є їх поділ на фактичну і юридичну [4]. Питання про юридичну помилку в її кримінально-правовому значенні ми залишимо за рамками дослідження, а зараз відзначимо, що фактичні помилки щодо обставин, які

законодавства України [2, 3, 4].

Метою дослідження було проведення аналізу медичної документації 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 2006-2012 рр. Матеріалом досліджень були 207 медичних карток стаціонарних хворих, що знаходились на лікування у різних відділеннях (токсикологічне, нейрохірургічне, відділення полі травми, відділення інтенсивної терапії та екстреної допомоги (ВІТ та ЕД), травматологічне, невідкладної терапії).

При статистичному аналізі 207 медичних карток стаціонарних хворих, що знаходились на лікуванні у різних відділеннях ЛШНМД, було виявлено наступне. Більшість пацієнтів поступали у робочий час, а найбільша смертність спостерігалася зранку ($p < 0,05$), що припадає на кінець зміни чергування і, можливо, пояснюється зниженням уваги та втомленістю медичних працівників. При оцінці лікування, яке було проведено на догоспітальному етапі (бригадами ШМД), можна сказати, що воно було симптоматичним і було спрямовано на стабілізацію стану хворого. Діагноз медичними працівниками ШМД встановлювався посиндромально, втім медикаментозне лікування, що проводиться на догоспітальному етапі, майже не відрізняється у всіх випадках. Це, можливо, пов'язано з нестачею препаратів у працівників ШМД. Слід також зазначити, що у жодному випадку працівниками ШМД не було діагностовано пневмонію.

На госпітальному етапі при надходженні хворого у приймальне відділення витрачається час на вирішення питання про направлення хворого у відповідне відділення (середній час до моменту відправки хворого у відповідне відділення займав 30 хвилин, а до моменту проведення лікувально-діагностичних заходів, спрямованих на стабілізацію стану – 18 хвилин після надходження по відповідного відділення). Діагнози хворим ставляться у залежності від відділень, у яких знаходиться хворий, не залежно від фактичної патології, при цьому не всі обов'язкові методи дослідження виконуються. При постановці діагнозів клініцистами ставилася велика їх кількість, що, вочевидь, обумовлює мізерну кількість повної відповідності основного клінічного діагнозу основному судово-медичному (відповідність основного клінічного

Нежиттєздатною є дитина, яка народилася до сьомого акушерського місяця внутрішньоутробного життя або має важкі хворобливі зміни внутрішніх органів, що можуть призвести до смерті.

У живонародженої дитини зародковий кровообіг переходить у легеневий. При перших вдихах повітря попадає в легені, які розкриваються і заповнюють плевральні порожнини. При початковому диханні дитина водночас заковтує повітря, яке надходить у шлунок і далі у кишечник, заповнюючи їх протягом перших годин після народження [2].

Список використаних джерел

1. Правила проведення судово-медичної експертизи (досліджень) трупів у бюро судово-медичної експертизи, затверджені наказом МОЗ України № 6 від 17.01.95 // [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/z0257-95>.

2. Судова медицина: [Підручник для студентів мед. вузів] / В.В. Білкун, Л.Л. Голубович, П.Л. Голубович та ін. - Київ: Юрінком Інтер, 1999. – 480 с.

3. Судова медицина: Навчальний посібник. Частина 1 «Судово-медична експертиза трупа»/ А.М. Романюк, Г.Ю. Будко, Л.І. Карпенко. – Суми: Вид-во СумДУ, 2009. – 132 с.

Плетенецька Аліна Олександрівна

Кафедра судової медицини

Національної медичної академії

післядипломної освіти імені П.Л. Шупика,

кандидат медичних наук, асистент

ЕКСПЕРТНА ОЦІНКА НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ У ВИПАДКАХ ЛЕТАЛЬНОСТІ У БАГАТОПРОФІЛЬНІЙ ЛІКАРНІ

Злочини проти життя і здоров'я – один із найскладніших видів злочинів, оскільки їх розкриття потребує додаткових спеціальних знань у медичній галузі [1, 5, 6]. 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

характеризують характер і ступінь суспільної небезпеки, досить різноманітні. Зазвичай в теорії виділяються помилки відносно об'єкта посягання; в засобах здійснення злочину; в причинному зв'язку; в кваліфікуючих ознаках злочину; в особі потерпілого; в наслідках і т.д. [5].

Для релевантної лікарської помилки характерно, перш за все, хибність переконань медичного працівника відносно розвитку причинного зв'язку між обраним методом надання медичної допомоги і спричиненим наслідком (смерть пацієнта, нанесення його здоров'ю шкоди різного ступеня тяжкості). Саме така хибна думка характеризується виною в формі необережності [6].

Тобто, при релевантній лікарській помилці особа може помилятися щодо властивостей тих факторів і обставин, які, на її думку, повинні були знаходитися на лінії розвитку причинного зв'язку між її діями і суспільно-небезпечними наслідками, і попередити настання останніх – в цьому випадку можна говорити про вину у формі злочинної легковажності [6].

При злочинній недбалості медичний працівник не передбачає можливості настання суспільно-небезпечного результату, бо отриманий наслідок різко не відповідає характеру здійснених дій. Наслідки є ніби побічним результатом його діяльності, направленої на досягнення зовсім іншого результату. Адже саме тому, що особа могла і повинна була передбачити настання суспільно-небезпечних наслідків, вони і ставляться їй у вину. Недооцінка результатів свого діяння, обстановки і умов, в яких воно здійснюється, лежить в основі хибних переконань медичного працівника відносно характеру призведених наслідків: діяння прагло до «позитивних» наслідків, а через недооцінку цих факторів неочікувано настали інші, які не були передбачені [7].

Вирішення даного питання залежить від розмежування юридично значимих ознак «професійних» і службових злочинів медичних працівників.

Релевантна помилка медичного працівника, як говорилося раніше, являє собою хибну думку відносно розвитку причинного зв'язку між обраним видом і способом надання медичної допомоги та отриманим результатом. Отже, можливість її здійснення є тільки при безпосередньому наданні медичної допомоги. Організація медичної допомоги і контроль за її наданням, які входять до компетенції медика – посадової особи або особи, яка виконує

функції управління в комерційному або іншому лікарняному закладі – в кінцевому результаті «опосередковуються» діями того медичного працівника, який безпосередньо здійснює медичне втручання [6].

На основі викладеного, вважаємо за можливе сформулювати наступні юридичні основи визнання лікарської помилки релевантною: 1. Медична допомога надається працівником відповідної кваліфікації і професійного профілю, і даний вид медичної допомоги входить в коло професійних обов'язків особи. Помилка, здійснена медичними працівником невідповідної кваліфікації або професійного профілю, не може вважатися релевантною лікарською, і призводить до відповідальності на загальних умовах [8]. Наприклад, фельдшер медпункту Х., оглянувши хвору Б., не змогла встановити характер травми грудної клітки і лівого плеча, не зробила всього необхідного для встановлення попереднього діагнозу і не госпіталізувала хвору Б. Через невиконання фельдшером своїх професійних обов'язків щодо діагностики і своєчасної госпіталізації настала смерть Б.

Медичний працівник в конкретній ситуації має реально існуючу можливість надати належну медичну допомогу, адекватну фактичним обставинам. Відсутність такої можливості виключає існування релевантної лікарської помилки [8].

Другий приклад, в терапевтичному відділенні міської клінічної лікарні хворий С. протягом 8 діб знаходився на обстеженні. За висновками консилиуму було встановлено діагноз - інфільтративний туберкульоз легень. Хворий був переведений в районний туберкульозний диспансер. Однак на основі анамнезу, зібраного у родичів, і об'єктивного огляду хворого вже перед смертю у нього була виявлена флегмонозна ангіна. На аутопсії і при бактеріологічному дослідженні секційного матеріалу підтверджено діагноз гнійного стафілококового тонзиліту, ускладненого абсцесом, глибокої флегмони ший, фіброзно-гнійного плевриту і перикардиту. Туберкульоз при аутопсії не виявлений. Згідно «Висновку судово-медичної експертизи», причини діагностичної помилки полягали в недостатньо зібраному анамнезі, поверхневому огляді хворого, а також в лікувально-тактичних помилках, які стали наслідком діагностичної помилки.

На будь-якому етапі надання медичної допомоги медичний працівник обирає її однозначно невірний варіант, наслідком якого

- життєздатною чи нежиттєздатною;
- скільки часу прожила після народження;
- чи мала дитина необхідну допомогу і належний догляд;
- причину її смерті [2].

При судово-медичній експертизі трупів новонароджених здійснюється широкий забір матеріалу на гістологічне, а при необхідності – на вірусологічне, бактеріологічне, судово-хімічне дослідження; проводиться забір крові на групову і типову приналежність.

При даному виді експертизи в числі інших вирішуються спеціальні питання щодо новонародженості, доношеності, живонародженості та життєздатності плода [3].

На наш погляд, найбільш правильне і обґрунтоване визначення новонародженості наводить К.К. Скробанський: «Після народження плода для нього починається період новонародженості». У судово-медичній практиці новонародженою вважається дитина після пологів.

Новонароджена дитина — це дитина, яка ще має відповідні ознаки плоду. А саме: кров матері на шкірних покривах, наявність пуповини, першородної змазки, пологову пухлину та першородний кал – меконій. Наявність хоча б однієї з ознак свідчить про новонародженість.

Цей комплекс ознак підтверджує новонародженість дитини, а характер їх розвитку дозволяє досить точно визначити тривалість життя дитини після пологів.

Доношеність визначає час перебування плода в утробі матері, а зрілість характеризує ступінь його розвитку. Плід, який народився раніше строку (раніше 40-42 тижнів), має певні ознаки недоношеності. За основні ознаки доношеності та зрілості плода приймають відповідні антропометричні дані, а саме: розміри та вага тіла, високий ступінь розвитку підшкірно-жирової клітковини, ядра заостеніння у нижніх епіфізах стегнових кісток, у рукоятці грудної кістки та у п'ятковій кістці.

Експерт повинен пам'ятати, що при оцінці ознак доношеності треба керуватись не однією окремо взятою ознакою, а сукупністю найбільш цінних і постійних ознак.

Життєздатна дитина – це дитина, яка народилася доношеною та зрілою, без грубих природжених вад, пологового каліцтва або хворобливих змін, які могли б перервати її життя.

Осипенко Катерина Андріївна
слухач магістратури факультету № 2
навчально-наукового інституту № 3 НАВС
Науковий керівник - професор
Антонюк Поліна Євгенівна
Кафедра криміналістики
та судової медицини НАВС,
кандидат юридичних наук

ЩОДО СУДОВО-МЕДИЧНОЇ ЕКСПЕРТИЗИ ТРУПІВ НОВОНАРОДЖЕНИХ

Судово-медична експертиза трупів виконується з метою встановлення причини смерті, наявності, характеру і механізму виникнення тілесних ушкоджень, часу настання смерті та вирішення інших питань, що були поставлені органами досудового розслідування та суду й відносяться до компетенції даного виду судово-медичної експертизи [1].

Судово-медичному дослідженню підлягають трупи не тільки дорослих людей, а й новонароджених, які померли поза лікарнею, в разі підозри на насильницьку смерть.

Необхідність проведення судово-медичної експертизи трупа новонародженого виникає в наступних випадках:

- якщо труп немовляти невідомої матері виявлений у вигрібній ямі, сміттевому бачку, на горищі, в підвалі, в лісі, витягнутий з води тощо (такі варіанти найбільш поширені);
- якщо мати відома, але вона не перебувала на обліку в жіночій консультації, а дитина народилася мертвою чи померла незабаром після народження без присутності медичного персоналу;
- якщо є скарги на неправильне ведення пологів в пологовому будинку при наявності пошкоджень на тілі дитини або матері.

Щодо особливостей дослідження трупів новонароджених, то тут йдеться не лише про особливу техніку розтину трупа, а й про те, що, крім визначення причини смерті, необхідно вирішити ще цілу низку специфічних питань, притаманних лише даному виду експертизи. Так, судово-медична експертиза трупа дитини насамперед має встановити:

- чи була ця дитина новонародженою;
- доношеною, зрілою або недоношеною і незрілою;
- народилася дитина живою чи мертвою;

стає необережне нанесення кримінально значимої шкоди життю або здоров'ю пацієнта. Наявність декількох апробованих (офіційно рекомендованих) варіантів надання медичної допомоги в кожному конкретному випадку виключає існування релевантної лікарської помилки, а питання про кримінальну відповідальність вирішується на загальних умовах [9].

Наприклад, поверхнєве обстеження лікарем Г. хворого К. призвело до смерті останнього. До приймального відділення лікарні хворий поступив з тупою травмою живота. Лікар Г. не надав виявленим симптомам належного значення і не викликав для консультації хірурга, не призначив лабораторних досліджень, не спостерігав за хворим протягом ночі – в результаті поставив йому помилковий діагноз і не призначив відповідних лікарських засобів і процедур.

Медичний працівник, який допускає помилку, суб'єктивно відноситься до її наслідків недбало або легковажно. Встановлення хоча б байдужого ставлення до наслідків своєї поведінки (при усвідомленні можливості їх настання) свідчить про навмисне відношення до результату і повинно призводити до кримінальної відповідальності за відповідний навмисний злочин [9].

Як приклад, в центральній районній лікарні 53-річному хворому після огляду невропатологом і хірургом було встановлено діагноз гіпертонічної хвороби і гострого порушення мозкового кровоотуку. На секції виявилася закрыта черепно-мозкова травма у вигляді тріщини шва між тім'яною і потиличною кістками і масивної субдуральної гематоми, а також набряк головного мозку і вклинення мигдалин мозочка у великий потиличний отвір. При розгляді даного випадку було вказано на ряд допущених помилок, перш за все недбалий огляд лікарями.

На основі сформульованих посилань, релевантну лікарську помилку можна визначити як хибне переконання медичного працівника відповідної кваліфікації і професійного профілю відносно характеру, виду і обсягу медичної допомоги, які призвели по необережності до нанесення шкоди життю або здоров'ю пацієнта, якщо надання такої допомоги входило до кола професійних обов'язків медичного працівника [9].

Зупинимось на ситуації, коли медик-управлінець віддає помилковий наказ. З одного боку, по формі це дійсно сфера організаційно-розпорядна (управління надання медичної

допомоги), але саме лише по формі. По суті ж ця сфера – лікувальна, пов'язана з безпосереднім лікуванням пацієнта, тобто професійно-медична. Тому рекомендації медика-управління в лікувальній сфері залишаються професійними медичними рекомендаціями, розрахованими на досить конкретні випадки, і така помилка повинна вважатися релевантною, здійсненою в професійній діяльності медичного працівника [10].

Також важливим є питання про юридичне значення релевантної медичної помилки у випадках, коли вона здійснюється на різних етапах надання медичної допомоги, а пацієнт отримує допомогу в декілька етапів від медичних працівників різного профілю. Невиправлена раніше допущена лікарська помилка є, по суті, самостійною помилкою, яка повинна (при дотриманні всіх інших умов) стати предметом кримінально-правової оцінки [11].

Як показало вивчення матеріалів судово-слідчої практики, в переважній більшості випадків (34 із 42-81%) наслідки релевантної лікарської помилки з'являються через недбале ставлення медичного працівника до виконання професійних обов'язків, в інших випадках встановлюється легковажне відношення медичного працівника до отриманих наслідків.

За нашими даними, більше ніж в половині випадків лікарська помилка пов'язана з вибором неправильного виду або обсягу лікування (62%). Численні помилки пов'язані з неправильною діагностикою (29%). В інших випадках мають місце помилки в організації медичної допомоги (9%). Наведені дані в принципі відповідають відомостям про медичні помилки, які отримані дослідниками-медиками. Так, наприклад, за даними О.А. Биховської, в 47,2% спостережень відмічалися помилки лікування («дефекти лікування»), в 31,5% – помилки діагностики і в 6,3% – організаційні помилки при наданні медичної допомоги.

Згідно з кримінальним кодексом України (ст. 2, п. 3), ніхто не може бути притягнений до кримінальної відповідальності за той самий злочин більше одного разу.

Список використаних джерел

1. Галяшина Е. И. / Судебная экспертиза: типичные ошибки. [Е.И. Галяшина, В.В. Голикова, Е.Н. Дмитриев и др.]; под ред. Е.Р. Россинской. – М.: Проспект, 2012. – С. 28.
2. Аверьянова Т.В. / Энциклопедия судебной экспертизы. Под

ред. Т.В. Аверьяновой, Е.Р. Россинской. – М.: Юрист, 1999. – С. 120.

3. Пименов А.Б. Дефекты в оказании медицинской помощи (экспертный анализ) / А.Б. Пименов. – М., 2001. – С. 200.

4. Кирбасова Н.П. Актуальные вопросы юридической ответственности акушера-гинеколога / Н.П. Кирбасова, А.А. Старченко // Акушерство и гинекология. – 2004. – №2. – С. 44.

5. Зыкова Н.А. К анализу судебно-медицинских экспертиз по делам о профессиональных правонарушениях медицинских работников / Н.А. Зыкова, М.С. Ривенсон // Судебно-медицинская экспертиза. — 1998. – №3. – С. 7.

6. Александрова О.Ю. Ответственность за правонарушения в медицине / О.Ю. Александрова. М.: Издательский центр «Академия», 2006. – С. 200.

7. Седова Т.Г., Трубенкова М.М., Мальцев С.В. Медико-статистический анализ акушерско-гинекологических экспертиз (по данным отдела экспертизы потерпевших, обвиняемых и других лиц Кемеровского областного бюро судебно-медицинской экспертизы за 2001-2002г.г.) // Актуальные вопросы судебно-медицинской теории и практики. – Киров, 2005. – С. 141-143.

8. Блинов Н.И. Ошибки, опасности и осложнения в хирургии / под ред. Н.И. Блинова и Б.М. Хромова // Медицина, 1972. – С. 445.

9. Медичний портал - [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://medportal.ru/mednovosti/news/2015/06/02/902errors/>

10. Медичний портал - [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.medlawcenter.com.ua/ua/publications/75.html>

11. Медичний портал - [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>