

**Ергард Н.М.**

*асистент,*

*Національний медичний університет імені О.О. Богомольця*

## **ПРОБЛЕМНІ ПИТАННЯ У НОРМАТИВНО-ПРАВОВИХ ЗАСАДАХ ХІРУРГІЧНОГО ВТРУЧАННЯ**

На сучасному етапі наданні медичної допомоги, де все більше користуються популярністю приватні медичні заклади, а також поступове становлення приватної страхової медицини доцільним є розглянути питання нормативно-правових засад хірургічного втручання та їх проблемні питання.

Так, у статті 42 «Основ законодавства України про охорону здоров'я» (1992) наголошено, що «медичне втручання (застосування методів діагностики, профілактики або лікування, пов'язаних із впливом на організм людини) допускається лише в тому разі, коли воно не може завдати шкоди здоров'ю пацієнта». Медичні працівники, клініцисти не лише вивчають природні і патологічні процеси, що відбуваються в організмі людини, але й активно впливати на них паліативним, а в деяких випадках, і хірургічним втручанням. При цьому кожний лікар повинен обов'язково керуватися одним із найважливіших положень деонтології «Non nocere!» (Не нашкодь!). Цей принцип медицини зафіксований у нашому законодавстві. Щодо хірургічного втручання, то принцип такий: небезпечність операції не повинна перевищувати небезпечності самого захворювання. У тій же статті Основ зазначено, що «медичне втручання, пов'язане не з ризиком для здоров'я пацієнта, допускається як виняток в умовах гострої потреби, коли можлива шкода від застосування методів діагностики, профілактики або лікування є меншою, ніж та що очікується в разі відмови від втручання, а усунення небезпеки для здоров'я пацієнта іншими методами неможливе» [3, с. 20]. Тому кримінальна відповідальність не настає, якщо враховані всі критерії правомірності лікарського ризику і у діях особи немає вини у формі наміру чи необережності.

У законодавстві України про охорону здоров'я, зокрема у статті 43 Основ, відображений порядок хірургічного втручання у випадках гострої потреби. Там зазначено, що «у невідкладних

випадках, коли реальна загроза життю хворого є наявною, згода хворого або його законних представників на медичне втручання не потрібна» [3, с. 35]. Інших положень щодо законодавчо-правового регулювання хірургічних втручань в Основах чи інших відомчих директивних документах немає. Слід звернути увагу на те, що в Основах взагалі не згадується саме про хірургічні чи оперативні втручання, в законі йдеться лише про медичні втручання, під якими розуміють застосування діагностичних, профілактичних або лікувальних методів, пов'язаних із впливом на організм. До них і можна віднести всі методи хірургічного втручання.

Обов'язковою нормативно-правовою основою хірургічного втручання є добровільна згода на виконання операції об'єктивно інформованого дієздатного пацієнта, що передбачено статтею 43 Основ. Якщо пацієнт є недієздатним чи неповнолітнім до 15 років, то за нього дають згоду їх законні представники (батьки, опікуни тощо). Проте, і тут є ряд суттєвих проблемних питань. Так, у статтях 3 і 43 Основ не тільки відсутнє визначення поняття «невідкладного стану», але й неповно і не чітко регламентовані дії лікаря під час оперативного чи хірургічного втручання. Немає визначеності чітких критеріїв щодо певних об'ємів оперативного чи хірургічного втручання при різних патологічних станах. Наприклад, при гангрені стопи під час оперативного втручання, коли виникає необхідність ампутувати не тільки стопу, але й частину гомілки, то згідно даного законодавства, лікарю необхідно на кожен таку маніпуляцію отримувати окрему згоду, проте під час операції лікарі самі приймають рішення щодо об'ємів втручання, а це вже, не дивлячись на врятоване життя пацієнта, є порушенням нормативно-правових засад хірургічного втручання [2, с. 200]. Тому доцільно розробити повноцінні критерії щодо кожного патологічного стану та об'єму оперативного втручання до кожного патологічного стану, який може бути і дії лікарів при їх ускладненнях, що можуть виникати під час операцій.

Ще однією стороною згоди пацієнта на операцію, яку треба враховувати, є психоемоційні фактори письмової згоди. Так, пацієнт даючи згоду на операцію, дає і згоду на несприятливі наслідки, що не може емоційно не відобразитися на стані самого пацієнта, особливо якщо у нього лабільна нервова психіка. Тому доцільно також у законодавстві визначити хвороби чи стані, при яких хірургічне втручання можливе без згоди пацієнта, хоча і в такому

разі треба враховувати «право пацієнта на інформацію», що регламентовано «Правами пацієнтів» [1, с. 128].

Отже, підсумовуючи вищезазначене, у новому законодавстві України про охорону здоров'я дещо розширені та уточненні права лікаря, що здійснює медичні втручання, проте в ньому не регламентовано більшість ситуацій, які можуть виникнути при наданні хірургічної допомоги хворому, тому необхідно повернути «Основи законодавства України про охорону здоров'я» на доопрацювання в Міністерство охорони здоров'я України.

### **Список використаних джерел:**

1. Бердичевский Ф.Ю. Уголовная ответственность медицинского персонала за нарушение профессиональных обязанностей // М., 1970. – 128 с.
2. Глушков В.А. Ответственность за преступления в области здравоохранения // К.: Высшая школа, 1987. – 200 с.
3. Основи законодавства України про охорону здоров'я: Закон України від 19 листопада 1992 р. // Мед. право України. – К.: Ін Юре, 2001. – 12-44 с.

**Жабосдов Д.Г.**

*кандидат медичних наук, асистент,*

*Національний медичний університет імені О.О. Богомольця*

### **МЕТОДИКА ФІКСАЦІЇ ІОЛ SL-907 CENTRIX DZ ДО РАЙДУЖКИ У ВИПАДКАХ НЕДОСТАТНЬОЇ КАПСУЛЬНОЇ ПІДТРИМКИ**

У сучасній офтальмохірургії найоптимальнішим методом корекції афакії є імплантація інтраокулярної лінзи (ІОЛ) в капсульний мішок кришталика, що є найбільш фізіологічним як з оптичної, так і з позицій біомеханіки ока [5]. Однак внутрішньокапсульна фіксація ІОЛ ускладнена або навіть неможлива за відсутності адекватної капсульної підтримки [1; 6; 8]. Неспроможність капсули або цинових зв'язок кришталика спостерігається при старечому лізисі і слабкості волокон цинових зв'язок, при перезріванні вікової катаракти, при ускладненій катаракті на тлі оперованої глаукоми, при наявності псевдоексfolіативного синдрому (ПЕС), при травмах і контузіях