

аналогічний об'єм 0,9% водного розчину NaCl. Починаючи з другої і до 24 діб після введення аллоксана, у щурів індивідуально збирали добову сечу з використанням спеціально сконструйованих сечозбірників, вимірювали діурез. Тварин утримували на стандартному раціоні віварію з вільним доступом до води та їжі. Використання експериментальних тварин в роботі здійснювали з дотриманням принципів гуманності, викладених в директивах Європейського співтовариства і Гельсінкської декларації. Вміст глюкози у сироватці крові і в сечі визначали ферментативним методом. Концентрацію кортикостероїдних гормонів вимірювали методом високоефективної рідинної хроматографії у надниркових гомогенатах і плазмі крові щурів.

Результати та їх обговорення. У перший тиждень експериментального діабету відбувається наростання тяжкості метаболічних порушень з гіпоінсулінемією та підвищенням активності амінотрансфераз. Починаючи з 8-9 доби після введення аллоксана, відзначена активація глюкокортикоїдної функції надниркових залоз, що проявляється підвищенням в крові концентрації кортикостерону, а у надниркових залозах і сечі - кортикостерону і прогестерону. Збільшення активності амінотрансфераз в печінці свідчить про фізіологічну значущість підвищення рівня кортикостерону в крові. Функціональна система підтримки концентрації кортикостерону в крові і тканинах здійснюється шляхом активізації ангіотензинперетворюючого ферменту (АПФ), синтезом кортикостероїдних гормонів у наднирках і метаболізмом в тканинах ферменту 11-гідроксистероїддегідрогеназа (11-ГСД). АПФ каталізує утворення ангіотензину 2 (A2) і інактивацію брадикініну, що надає цьому ферменту ключове положення в ренін -ангіотензіновій (РАС) і калікреїн - кініновій системах, медіатори яких беруть активну участь в регуляції гемодинаміки, вуглеводного і водно - сольового балансу.

Висновки. Отримані результати дозволяють судити про те, що при експериментальному алоксановому діабеті специфіка зміни активності АПФ у різних тканинах визначається вже на початковому етапі захворювання. У тканини нирок щурів на 22-гу добу активність АПФ різко знижувалася, що може бути пов'язано з наростаючою вагою метаболічних порушень при тривалому перебігу цукрового діабету. До 30 діб АД зберігається тяжкість порушень вуглеводного метаболізму, зниження фізіологічних ефектів глюкокортикоїдних гормонів в печінці, що може бути пов'язано зі зменшенням синтезу кортикостерону в надниркових залозах і його вмісту в крові.

Гарюк Т.О.

**ПРАВА, ОБОВ'ЯЗКИ ТА ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ ЛІКАРЯ ПРИ
ПРОВЕДЕННІ СЛІДЧИХ (РОЗШУКОВИХ) ДІЙ**

**Харківський національний медичний університет,
кафедра судової медицини, медичного правознавства
Науковий керівник – доц. Бондаренко В.В.**

Кримінальний процесуальний кодекс (КПК) України передбачає участь лікаря в якості спеціаліста у слідчих (розшукових) діях, зокрема, в допиті

малолітньої або неповнолітньої особи та слідчих діях за його участі (ст. 226, 227), огляді трупа (ст. 238), слідчому експерименті (ст. 240), освідчуванні особи (ст. 241), отриманні зразків для експертизи (ст. 245). Згідно законодавства, спеціалістом вважається особа, яка володіє спеціальними знаннями та навичками, що необхідні для вирішення спеціальних питань у праві. Відповідно до законодавства, лікарі, незалежно від спеціалізації, вважаються спеціалістами в галузі судової медицини, оскільки володіють певними знаннями, навичками, уміннями та компетенціями, що були отримані під час засвоєння курсу судової медицини у вищих навчальних закладах. Таким чином, КПК України передбачає процесуальний статус лікаря в якості спеціаліста у проведенні слідчих (розшукових) дій та наділяє його певними правами, обов'язками та відповідальністю. На жаль, переважна більшість лікарів не ознайомена з положеннями чинного законодавства, оскільки діючий КПК України набув чинності 19 листопада 2012 року. Таким чином, ми вважаємо доцільним довести перелік прав, обов'язків та відповідальності лікаря-спеціаліста з огляду на можливість його залучення до слідчих дій. Серед обов'язків лікаря-спеціаліста слід визначити наступні (ст. 71 КПК): 1) лікар повинен мати при собі необхідне технічне обладнання, присторої та прилади та прибути за викликом до слідчого, прокурора, суду; 2) лікар повинен виконувати вказівки слідчого, прокурора чи суду та давати відповіді на запитання; 3) лікар забор'язаний не розголошувати відомості, які стали йому відомі у зв'язку з із залученням його до слідчих (розшукових) дій; 4) лікар повинен відмовитися від участі у слідчих діях за об'єктивних обставин. Відповідно до ст. 71 КПК України лікар-спеціаліст має право: 1) ставити запитання учасникам слідчих дій з дозволу слідчого, прокурора чи суду; 2) користуватися технічними засобами, приладами та спеціальним обладнанням; 3) звертати увагу слідчого, прокурора чи суду на характерні обставини чи особливості речей і документів; 4) знайомитися з протоколами слідчих дій, в яких він брав участь, і подавати до них зауваження; 5) одержувати винагороду за виконану роботу та відшкодування витрат, пов'язаних із його залученням до слідчих дій; 6) заявляти клопотання про забезпечення власної безпеки.

Лікар-спеціаліст несе відповідальність у разі неприбуття до суду без поважних причин або неповідомлення про причини неприбуття, внаслідок чого, лікар-спеціаліст повинен відшкодувати усі витрати, пов'язані з оголошенням перерви у судовому засіданні (ст. 72 КПК).

Таким чином, нами висвітлені права, обов'язки і відповідальність лікаря-спеціаліста в проведенні розшукових (слідчих) дій, які дещо відрізняються від прав, обов'язків та відповідальності судово-медичного експерта, який проводить судово-медичну експертизу згідно Закону України «Про судову експертизу» і несе кримінальну відповідальність за завідомо неправдивий висновок та відмову без поважних причин від виконання своїх обов'язків.

Вважаємо, що правова освіта лікаря повинна бути обов'язковою і відповідати положенням чинного законодавства України. У відповідності до

цього, робочі навчальні програми і тематичні плани з предмету «судова медицина, медичне правознавства» у вищих навчальних медичних закладах повинні відповідати вимогам чинного законодавства, як це відбувається у Харківському національному медичному університеті на кафедрі судової медицини, медичного правознавства імені засл. проф. М.С. Бокаріуса.

Дворник Н.А., Занг Т.Л.

ПОСЛЕДСТВИЯ ЗАМЕНЫ МЕДИЦИНСКОГО ЭТИЛОВОГО СПИРТА ПРИ ОКРАСКЕ ГЕМАТОКСИЛИНОМ И ЭОЗИНОМ

Кафедра патологической анатомии

**Харьковский национальный медицинский университет,
г. Харьков, Украина**

Научный руководитель: В.В. Гаргин

Широкое применение окраски гематоксилином и эозином (ГЭ) в микроскопической технике обусловлено его замечательными результатами для выявления гистологических особенностей как при патологических, так и при физиологических процессах. При этом процессы совершенствования этой методики не останавливаются, в том числе и направленные на удешевление используемых ингредиентов. В сложившихся экономических условиях Украины цена медицинского этилового спирта 96⁰ (МЭС) заставляет искать возможные варианты его замены.

Цель: изучить возможность замены МЭС более дешевыми ингредиентами при окраске ГЭ.

Объектом изучения явилась методика окраска ГЭ в которой при изготовлении срезов парафиновых блоков вместо МЭС использовали метиловый спирт, пищевой этиловый спирт, водку, ацетон. Согласно методике окраски ГЭ парафиновые срезы, наклеенные на предметные стёкла, депарафинизировали поочередно погружая их в 2 порции ксилола (толуола, бензола) (по 3 мин). Производили гидратацию срезов путём поэтапного помещения их в указанные выше ингредиенты убывающей концентрации (96°, 80°, 60°, 40°), а затем в дистиллированную воду (3-4 мин). Окрашивали срезы сначала раствором гематоксилина в течение 2 мин. После этого срезы переносили в водопроводную воду, которая имеет щелочную среду, для окисления гематоксилина после чего всполаскивали в дистиллированной воде. Окрашивали срезы раствором эозина (в течение 0,5-1мин). Избыток красителя смывали дистиллированной водой в течение 1 мин. Окрашенные срезы обезвоживали. Для этого их помещали в указанные выше ингредиенты возрастающей концентрации (для спиртов) – поочередно в 40°, 60°, 80°, 96°, и 100° (по 1-2 мин). Обезвоженные срезы просветляли в карбол-ксилоле, а затем - в двух порциях ксилола (по 2 мин) после чего срезы накрывали обезжиренным покровным стеклом.

В результате проделанной работы нами при изучении полученных микропрепаратов и сравнении результатов окрашивания со срезами где МЭС не был заменен выявлена следующая картина. При использовании метилового спирта нами получены сходные по качеству окрашивания