



Українські Медичні Вісті

Науково-практичний часопис

Всеукраїнського Лікарського Товариства

Ukrainian Medical News

The scientific & practical journal of the

Ukrainian Medical Association

Засновано 1918 року як часопис Всеукраїнської спілки лікарів у Києві, відновлено 1997 р.

XII з'їзд

ВУЛТ

м.Київ

5 – 7 вересня 2013 року

МАТЕРІАЛИ

2 1
0 КИЇВ 3

об'єктивними і суб'єктивними. З найважливіших об'єктивних причин слід відзначити мінливість окремих постулатів і принципів у галузі теоретичної та практичної медицини, у зв'язку з чим змінюються погляди на етіологію, патогенез, лікування захворювань. Навіть досвідчені лікарі можуть бути введені в оману неправильними результатами дослідження, наприклад за рахунок нечітко налагодженого метрологічного забезпечення експлуатованої медичної техніки. Можуть мати значення відсутність об'єктивних умов для використання необхідного методу обстеження або лікування, недостатньо чітка організація роботи в лікувальному закладі. Хоча об'єктивні причини лікарських помилок достатньо вивчені, їх не завжди можна попередити.

Серед суб'єктивних причин лікарських помилок найбільш численну групу складають помилки, які обумовлені відсутністю у лікаря достатнього досвіду, але не можуть кваліфікуватися як невігластво.

Лікарські помилки є прикритим браком в лікарській діяльності. На жаль, неможливо уявити собі лікаря, навіть немолодого, який не здійснював би діагностичних та інших професійних помилок. Справа в надзвичайній складності об'єкта, з яким має справу медицина: «коріння помилок часто йдуть за межі особистості лікаря».

За статистикою Всесвітньої організації охорони здоров'я, щорічно від лікарських помилок помирає більше людей, ніж гине в ДТП. При цьому більше десятка людей гинуть на дорогах всіх країн світу щохвилини в результаті дорожньо-транспортних пригод, щорічно на дорогах розбиваються більше 1,3 млн. жителів Землі. В цілому ж говорити про помилки взагалі важко, особливо медичні. Це пов'язано з тим, що наслідки в роботі лікаря особливо серйозні: це і недієздатність, та інвалідність, і навіть смерть. На жаль, лікар, починаючи професійну діяльність, не завжди має чітке уявлення про юридичні і правові аспекти взаємовідносин з пацієнтом; про свої права та відповідальність, можливість захисту медичної практики страхуванням відповідальності за нанесення шкоди пацієнтові внаслідок лікарської помилки. Але ми не бачимо необхідності в страхуванні відповідальності лікарів України. І це шкода.

Отже, дискусію про "Лікарські помилки" можна закінчити словами Гіппократа: "Життя коротке, шлях мистецтва довгий, зручний випадок швидкоплинний, досвід оманливий, судження важке. Людські потреби змушують нас вирішувати і діяти. Але якщо ми будемо вимогливі до себе, то не тільки успіх, але і помилка стане джерелом знання".

541. УРАЖЕННЯ ЕНДОТЕЛІУ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ СТРАВОХОДУ ЗА НАЯВНОСТІ РЕФЛЮКС-ЕЗОФАГІТА

Гаргін В.В., *Тертичний О.С., Сакал В.В.

м. Харків, Україна, Харківський національний медичний університет, Інститут Терапії ім.Л.Т.Малої,

***Москва, Російська Федерація, Перший Московський державний медичний університет ім.І.М.Сеченова**

У зв'язку з порівняно короткою історією терміна "гастроезофагальна рефлюксна хвороба" (ГЕРХ) дослідники приділяють пильну увагу цьому стану. Метою нашого дослідження було виявлення особливостей ендотелію мікроциркуляторного руслу (МЦР) при ГЕРХ. Нами вивчені біоптати 223 хворих, у яких була діагностовано ГЕРХ. Відповідно до клініко-ендоскопічної класифікації, після зіставлення ендоскопічних і гістологічних даних досліджуваній матеріал був розділений на три групи: до неерозивної ГЕРХ (НЕГЕРХ) було віднесено 104 випадки або 46,64%; ерозивно-виразковій формі (ЕВГЕРХ) відповідала картина в 77 пацієнтів, тобто 34,53%; стравохід Барретта (СБ) був виявлений в 42 пацієнтів (18,8%). При гістологічному вивченні біоптатів було виявлене розширення судин МЦР власної пластинки слизуватої, збільшення їхньої кількості за рахунок ангіогенезу, що більшою мірою було встановлено у хворих зі СБ. Частина судин має звиту будову (переважна локалізація таких судин під базальною мембраною епітелію з ерозією при ЕВГЕРХ або епітелію з метаплазією при ПБ). Ряд судин зі стовщеними стінками за рахунок склеротичних змін; такі судини, як правило, неправильної форми, нерівномірно звужені, базальна мембрана стовщена. Переважна локалізація таких посудин на межі з м'язовою оболонкою. Дослідження розподілу локалізації й інтенсивності забарвлення ендотеліальної синтази оксиду азоту (eNOs) показало, що залежно від форми ГЕРХ спостерігається більш широкий за площею її розподіл з одного боку, а з іншої сторони спостерігається зниження інтенсивності забарвлення тканин.

Таким чином, можна стверджувати, що при ГЕРХ спостерігається перебудова МЦР, що спрямована на забезпечення кровопостачання ушкодженого епітелію, власної пластинки слизуватої.

542. СУДОВО-МЕДИЧНЕ ЗНАЧЕННЯ ДИФЕРЕНЦІАЛЬНОЇ ДІАГНОСТИКИ МІЖ ПСИХОСОМАТИЧНИМИ ПРОЯВАМИ ПРИ СТАРЕЧІЙ ДЕМЕНЦІІ ТА ПУХЛИНОЮ ЛОБНИХ ДОЛЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗКУ

Ергард Н.М.

м.Київ, Україна, Національний медичний Університет ім.О.О.Богомольця

Не дивлячись на те, що причини виникнення пухлин головного мозку в більшості випадків залишаються невідомими (за виключенням вроджених станів, обумовлених пошкодженням певних генів, таких як нейрофіброматоз, синдром Турко, синдром Лі-Фраумена, туберозний склероз тощо), відомий ряд факторів