

карминово-красный и или светло-красный цвет лёгких на разрезе (90%), расширение зрачков при алкогольной интоксикации (79%), красный цвет трупных пятен у замороженных (63%), признак Пупарева (43%), свёртки крови в полостях сердца и аорты (25%). Была определена статистическая вероятность диагностических признаков смерти от переохлаждения с помощью математического аппарата постулата Байеса, которая соответствует уровню частоты их встречаемости. Создана таблица диагностических коэффициентов, с помощью которой можно устанавливать достоверность выводов эксперта о причине смерти. Если сумма статистической вероятности диагностических признаков составляет 95% и более, тогда выводы эксперта о причинах смерти должны расцениваться как достоверные.

Использование предлагаемого метода обоснования выводов эксперта о причине смерти даст возможность повысить объективность, доказательную ценность и качество судебно-медицинской диагностики.

**Дакалов Д.С., Калюшко В.Ю., Маркевич Н.В., Шутова І.В.**  
**ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РЕАКЦІЙ ПЕРИФЕРИЧНОЇ КРОВІ ЩУРІВ**  
**НА ТЛІ ВПЛИВУ ЕЛЕКТРОМАГНІТНОГО ВИПРОМІНЮВАННЯ**

**Кафедра патологічної фізіології**

**Харківський національний медичний університет, Харків, Україна**

**Наукові керівники: професор Ніколаєва О.В., доцент Шутова Н.А.**

В роботі досліджено вплив електромагнітного випромінювання (ЕМВ) діапазону мобільного телефону на реакції периферичної крові щурів. Ціль – вивчити зміни клітинного складу периферичної крові нелінійних щурів на тлі короткотривалого (30 хв/на добу), та довготривалого (2 год/доб) ЕМВ діапазону 890-915 МГц.

Дослідження проведено на 3-х та 5-и місячних нелінійних білих щурах. Випромінювання діапазоном 890-915 МГц моделювали за допомогою апарату «ЕМІБІО» (Україна). Підрахована загальна кількість еритроцитів та лейкоцитів, описана лейкоцитарна формула периферичної крові щурів на тлі короткотривалого та довготривалого опромінювання ЕМВ.

Встановлено, що через 30 діб після 30 хв опромінювання ЕМВ кількість еритроцитів, відносно контролю, було зменшено в 1,2 ( $p \leq 0,05$ ), після 120 ( $p \leq 0,05$ ) хв опромінювання в 1,1 рази. При дослідженні лейкоцитарної формули в обох термінах спостерігається розвиток лейкопенії: за рахунок зниження, насамперед, лімфоцитів – в 1,4 рази, еозинофілів – в 2,6, та моноцитів – в 2,8 при 30 хв опромінюванні, та за рахунок всіх клітинних форм при 120 хв опромінюванні. Отримані результати дають можливість припустити, що ЕМВ має вразливу дію на реакції периферичної крові щурів обох груп. Показано, що прояви реакцій периферичної крові залежать від терміну впливу, оскільки тенденція до зсуву кількості клітин периферичної крові у бік зменшення є більш виразним на тлі довготривалого опромінювання, ніж при короткотривалій дії ЕМВ.

**Демидчук К.В.**

**ЛІКАРСЬКА ПОМИЛКА**

**Кафедра судової медицини, медичного правознавства**

**Харківський національний медичний університет, Харків, Україна**

**Науковий керівник: професор Ольховський В. О.**

Питанню вини в діяннях медичних працівників присвячено чимало популярних публікацій та 11 статей Кримінального кодексу України (далі - ККУ), за якими можна

притягнути до відповідальності медичного працівника (ст.ст. 131, 132, 136, 137, 139-145). На нашу думку, більший тиск кримінального законодавства на медицину не вирішить проблеми, що нині існує. Законодавчо закріпленого поняття «лікарська помилка» не існує. Відмінним є розуміння цього поняття медичними працівниками та юристами. У медичній літературі під лікарською помилкою розуміють дії (бездіяльність) лікаря, що мають у своїй основі недосконалість сучасної медичної науки, об'єктивні умови роботи. Лікарська помилка в медичній літературі описується найчастіше як зловмисна омана лікаря у його професійній діяльності, якщо при цьому виключається недбалість і несумлінність. Підміна поняття «лікарська помилка» поняттям «лікарський злочин» неприпустима, оскільки призводить до деструктивного конфлікту інтересів пацієнтів та медичних працівників. Будь-який лікар не вільний від професійних помилок, також, як і представник будь-якої спеціальності. Однак, слід пам'ятати, що неналежне виконання професійних обов'язків також не може бути кваліфіковане як лікарська помилка, оскільки перше тягне за собою настання юридичної відповідальності.

ККУ зазначено, що для настання відповідальності за вчинений злочин необхідні 3 умови: умисел, вина, причинно-наслідковий зв'язок між діями медичного працівника і наслідками для здоров'я чи життя пацієнта. Тобто дії медпрацівника були такими, що суперечили загальноприйнятим правилам медицини. При цьому медичний працівник залежно від отриманої освіти та займаної посади повинен був усвідомлювати що дії його є неправильними і можуть заподіяти шкоду хворому. Навмисне скоєння «медичного» злочину зустрічається не так часто, у переважній більшості випадків правопорушення вчиняються через необережність (злочинну самовпевненість або злочинну недбалість). Відповідно до ст. 25 ККУ, необережність є злочинною недбалістю, якщо особа не передбачала можливості настання суспільно небезпечних наслідків свого діяння (дії або бездіяльності), хоча повинна була і могла їх передбачити. Головне й найтяжче завдання, яке повинно бути вирішено законодавчим механізмом – порядок доведення того, що недбалість лікаря стала причиною завданої шкоди. Не те що лікар не зміг його вилікувати від недуги, а те, що при лікуванні він істотно відхилився від загальноприйнятих норм, і саме це негативно вплинуло на стан здоров'я позивача. Що на сьогоднішній час є важко здійсненним.

Зараз, 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 роблять 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.

**Дмитренко П.С., Дмитренко А.С.**

## **УЧАСТИЕ С-КІТ-ПОЗИТИВНЫХ КЛЕТОК-ПРЕДШЕСТВЕННИЦ В ВОССТАНОВЛЕНИИ ПОПУЛЯЦИИ КЛЕТОК ОСТРОВКОВ ЛАНГЕРГАНСА ПРИ ПОВРЕЖДЕНИИ**

**Кафедра патологической анатомии**

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

**Научный руководитель: профессор Марковский В.Д.**

На сегодняшний день сахарный диабет (СД) I типа является одной из наиболее актуальных медико-социальных проблем в педиатрии. Ранняя инвалидизация и