

мікроскопічному дослідженні в цій судині обох груп визначалися три оболонки: внутрішня, середня та зовнішня. Колаген IV типу однаково накопичувала тонка, базальна мембрана ЛА групи контролю, що виявлявся у вигляді імунофлюоресценції помірної інтенсивності ($0,560 \pm 0,02$ ум. од. св.). В підендотеліальному шарі сполучна тканина рівномірно накопичувала переважно колаген III типу ($0,385 \pm 0,02$ ум. од. св.), а колаген I типу виявлявся у вигляді дуже слабкого світіння ($0,291 \pm 0,02$ ум. од. св.). Вміст колагену IV типу в потовщеній базальній мембрані в досліджуваних групах в порівнянні з контролем знижувався від ПЕ I до ПЕ III (ПЕ I – $0,520 \pm 0,03$ ум. од. св.; ПЕ II – $0,442 \pm 0,04$ ум. од. св.; ПЕ III – $0,321 \pm 0,05$ ум. од. св.). Колаген III типу визначався в її структурі, де, як відомо, має бути загальноновизнана складова базальних мембран судин – колаген IV типу. Про наявність склеротичних змін свідчила поява нехарактерного для неї інтерстиціального колагену III типу. Оптична щільність світіння колагену I типу в середній та зовнішній оболонках зростала від легкої до тяжкої ПЕ (ПЕ I – $0,308 \pm 0,04$ ум. од. св.; ПЕ II – $0,356 \pm 0,02$ ум. од. св.; ПЕ III – $0,380 \pm 0,03$ ум. од. св.). В такому ж напрямку змінювався й колаген III типу (ПЕ I – $0,390 \pm 0,035$ ум. од. св.; ПЕ II – $0,408 \pm 0,02$ ум. од. св.; ПЕ III – $0,452 \pm 0,03$ ум. од. св.).

Таким чином, у базальних мембранах ЛА спостерігається нарощення склеротичних змін від легкої до тяжкої ПЕ в результаті появи інтерстиціального колагену III типу на фоні дефіциту колагену IV типу. В медії та адвентиції також посилюються склеротичні процеси по мірі зростання тяжкості ПЕ внаслідок активації продукції інтерстиціальних колагенів I та III типів.

Капітула А. А

ОСНОВЫ ПРАВА В НЕОТЛОЖНОЙ МЕДИЦИНЕ

Кафедра судебной медицины, медицинского правоведения

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Научный руководитель: профессор Ольховский В.А.

Находясь на работе, медику необходимо сразу, как только появится возможность, письменно зафиксировать данные при оказании неотложных мероприятий. Небрежное оформление медицинской документации некоторые медики пытаются объяснить большой загруженностью, писаниной, ненужной бюрократией. Однако нужно помнить, что нерадиво и неправильно составленная медицинская документация первый обвинитель медика при предъявлении претензий от имени пациентов или своего руководства, в то же время она является страховкой, полностью оправдывающей действия врача.

Любой медицинский работник должен четко осознавать, что при желании проверяющие службы могут всегда придаться к записям в медицинской документации, но правильно оформленные его действия дают достаточные аргументы для того, чтобы выходить с достоинством из подобных ситуаций. Цель врача при неотложных состояниях — не только «...своевременно и в наиболее полном объеме оказывать помощь больному, согласно своей медицинской подготовке и профессиональным убеждениям, но и отражать вкратце и наилучшим образом свои действия, минимизируя тем самым для себя риски уголовно-процессуальной ответственности, как профессионала и гражданина».

По мнению некоторых чиновников области здравоохранения, даже «...в случае отказа пациента от лекарственных средств врач обязан облегчить страдания последнего, руководствуясь интересами пациента». Возникает вопрос — насильно? И тем самым нарушить ряд законодательных актов? (см. Лиссабонскую декларацию

относительно прав пациентов). Закон Украины «Основы законодательства Украины о здравоохранении (2802-12)» в ст. 34 «Лечащий врач» гласит:

«Врач не несет ответственности за здоровье больного в случае отказа последнего от медицинских предписаний или нарушения пациентом установленного для него режима». Так как же быть, когда, с одной стороны, перед врачом имеется неотложная медицинская ситуация, паника со стороны родственников пациента, возможно, и окружающих людей, а с другой страх, что непосредственный руководитель может обидеться, расценивая его действия как «административное нарушение», потому что не поставили сразу в известность (а вероятнее всего, этот руководитель начал бы указывать по телефону врачу его действия, что отрицательно могло бы отразиться на времени и степени оказания помощи).

Документы, регламентирующие работу медиков при неотложных состояниях (по состоянию на апрель 2012 года): Конституция Украины (254к/96-ВР), ст. 27,49; Закон Украины «Основы законодательства Украины о здравоохранении - ЗУ ОЗУОЗ» (2801-12) - основные принципы оказания медицинской помощи пациенту в критическом для жизни состоянии описаны в ст. 8, 10, 11 и разделе V (в частности, в ст. 34, 35, 37,39,39-1,40,42,43,52,53); Закон Украины «О защите населения и территорий от чрезвычайных ситуаций техногенного и естественного характера» (1809-14) (в частности, ст. 1,2, 13-15); Гражданский кодекс Украины(435-15) глава 21 (в частности, ст. 284-286); Уголовный кодекс Украины (2341-14) — раздел II (в частности, ст. 135, 136, 139, 140, 145; в другой сфере медицинской деятельности важно ознакомиться с другими ст. 130, 145, 270, 271, 305-327); Уголовно-процессуальный кодекс Украины (1002-05) - ст. 94-98, 99 и глава 17, ст. 190—195 (обзор, освидетельствование, воссоздание обстановки и обстоятельств события);

Кас'янов Б.В.

**ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОЕ ДИАГНОСТИРОВАНИЕ
АУТОИММУННОГО АДРЕНАЛИТА В НАДПОЧЕЧНИКАХ ПАЦИЕНТОВ,
УМЕРШИХ ОТ ОСТРОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ МОЗГОВОГО
КРОВООБРАЩЕНИЯ**

кафедра патологической анатомии

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Научный руководитель: профессор Г.И. Губина–Вакулик

Надпочечник – это орган, в котором может развиваться аутоиммунное воспаление. Литературный поиск свидетельствует о малой изученности этого вопроса. У пациентов с острым нарушением мозгового кровообращения (ОНМК) происходит резкое перенапряжение эндокринных адаптационных механизмов и одновременно страдает эндотелий сосудов, т.е. возможно повреждение гемато-тканевого барьера в надпочечниках.

С целью выявления признаков аутоиммунного адреналита у умерших от ОНМК проведено микроскопическое исследование надпочечников в 10 случаях.

Материал и методы. В исследовании анализировались истории болезни, протоколы вскрытий, использовались морфологические методы исследования: макроскопический, микроскопический (окраска гематоксилином-эозином, галоцианином по Эйнарсону, по Ван-Гизон) с дальнейшей морфометрией и статистическим анализом полученных результатов.

Результаты. В коре надпочечников на фоне выраженного цитолиза эндокриноцитов отмечается наличие мелкоочаговой интерстициальной инфильтрации лимфоцитами. Максимальная выраженность лимфоцитарного инфильтрата – у больных, у которых