

виявлена атрофія кори. Відзначена деліпоїдизація клітин кори, корелююча з темпом смерті.

Висновки. Виходячи з проведеного аналізу смертей від ХНІ, виявлено основні морфологічні маркери, що дозволяють запідозрити наявність факту вживання наркотиків в трупному матеріалі особливо в тих випадках, коли немає ніяких лабораторних даних, що свідчать про наявність психотропних речовин в організмі померлого.

Дудник О.С.

КАК РАСПОЗНАТЬ ВРАЧЕБНУЮ ОШИБКУ

**Харьковский национальный медицинский университет
Кафедра судебной медицины, медицинского правопедения
Научный руководитель: д.м.н., проф. Ольховский В.О.**

Автором понятия «врачебная ошибка» является великий русский хирург Н.И. Пирогов. Несмотря на то, что термин появился в начале XIX ст., и в настоящее время он имеет множество неточностей, и не содержится ни в одном из документов, регламентирующих здравоохранение. Согласно академическому толковому словарю украинского языка, термин «ошибка» означает: «Неправильність, неточність у якому-небудь механізмі, пристрої, в якійсь схемі; неправильна думка, хибне уявлення про когось, щось». В англо-американской литературе в этих случаях применяется слово «непреднамеренность» (Эльштейн Н.В., 2005). Наиболее точное определение данному термину дал профессор И.В. Давыдовский, согласно которому врачебная ошибка – добросовестное заблуждение врача, основанное на несовершенстве современного состояния медицинской науки и методов исследования, на особом течении заболевания у определенного больного или на недостатке знаний и опыта врача, но без элементов: халатности, небрежности, профессионального невежества. «Врачебная ошибка» - понятие глобальное, о чём говорит статистика. Так, в США от оплошностей медиков ежегодно умирают 50-100 тыс. человек, в Великобритании – 70 тыс., в Германии – 100 тыс. По Украине приводятся следующие цифры: около 3000 смертных случаев год и около 7000 случаев инвалидизации. Если верить статистике ВОЗ, из-за врачебных ошибок в Украине ежедневно умирают 6-7 больных, и порядка 20 становятся инвалидами. Сами медики настроены еще более скептически: по словам бывшего министра здравоохранения Николая Полищука, данные ВОЗ сильно занижены. Экс-министр утверждает, что на самом деле из-за врачебных ошибок в среднем по стране умирает по 9-10 человек в сутки (т. е. 3300-3600 человек в год). Еще более мрачную картину дают соцопросы: они показывают, что 40-50% пациентов в той или иной мере сталкивались с врачебными ошибками. Ошибки подразделяются на деонтологические, диагностические и лечебные. Наиболее часто встречаются: ошибки в постановке диагноза (40%); Неправильное лечение при верном диагнозе (28%); Ошибки выполнения процедур и манипуляций (22%); Административные ошибки (4%); Лабораторные ошибки (2%). Процент расхождений клинического и патологоанатомического диагнозов - один из показателей уровня квалификации клиницистов. И постоянный спутник любой клиники. Даже в очень хорошей клинике с высоким уровнем квалификации врачей расхождения могут составлять до 12-18%. Довольно сложно определить, что именно послужило причиной действия (или бездействия): действительно невежество в виде банальной недостаточности знаний и нежелания учиться, узкой специальности врача или же несовершенство технического обеспечения на сегодняшний день. Очевидно, что случаи врачебных ошибок сегодня,

уже через несколько лет могут быть расценены как невежество. Поэтому вопрос о повышении квалификации врача стоит особенно остро. Главный патологоанатом МЗ Украины П.И. Червяк утверждает, что расхождение между прижизненным и посмертным диагнозом составляет 10-15 %. Причины ошибок могут быть объективными и субъективными. Первые чаще всего связаны с изменением взглядов на лечение определенного заболевания. Комплекс лечебных мероприятий, который считался наиболее рациональным еще совсем недавно, с позиций новейших достижений науки может быть квалифицирован как ошибочный. Сюда же относятся ошибки, допущенные врачами в процессе их общения с пациентами вследствие несоблюдения основных деонтологических принципов. Субъективные причины: переоценка лабораторных и инструментальных данных, нелогичное их осмысление, предвзятое отношение к больному, особенности психики врача. Согласно данным литературы на долю субъективных причин врачебных ошибок приходится 60% от общего их количества.

Емец М. А.

ИНДИВИДУАЛЬНАЯ ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ СТРУКТУРНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВОЗРАСТА И ПОЛА

**Харьковский национальный медицинский университет
кафедра гистологии, цитологии и эмбриологии,
Харьков, Украина**

Научный руководитель: доц., к.м.н. Рыхлик С.В.

Актуальность. На сегодняшний день во всем мире наблюдается возрастание заболеваний щитовидной железы. Это требует более детального изучения особенностей ее микроскопического строения в норме для наилучшего понимания патологических процессов.

Анализ литературы. Основная функция щитовидной железы — управлять скоростью метаболизма (обменом веществ). Гормоны, вырабатываемые щитовидной железой, влияют на умственные способности, сон и аппетит, физическую активность, массу тела, прочность костей скелета, работу сердца, женскую репродуктивную систему. С возрастом эти показатели жизнедеятельности организма изменяются: наблюдается гипотония, заболевания опорно-двигательного аппарата и сердечно-сосудистой системы.

Цель исследования. Изучить индивидуальные особенности строения фолликулов щитовидной железы человека в норме, в зависимости от возраста и пола.

Предмет исследования. Средний диаметр фолликулов, средняя площадь фолликулов, средняя высота фолликулярного эпителия, визуальная оценка состояния коллоида.

Материалы и методы. Работа производилась на материале, взятом из архива кафедры гистологии, цитологии и эмбриологии ХНМУ. Были изучены микропрепараты, полученные из щитовидных желез, взятых от 20 трупов человека, которые при жизни проживали в Харькове и Харьковской области и смерть которых не была связана с эндокринной патологией. Весь материал был разделен по возрасту и полу на следующие группы: группу А составили 12 макропрепаратов, полученных от лиц женского пола с распределением по возрасту от 57 до 85 лет, в группу Б вошли 8 макропрепаратов, полученных от лиц мужского пола, с возрастной градацией от 49 до 70 лет.