

ный русский юрист, медицинские и этические вопросы связаны самым непосредственным образом, притом больше всего они касаются именно врачебной этики. Как видно из контекста, она пронизывает собой если не все, то по крайней мере большинство повседневных действий специалиста-медика.

### **Выводы**

Врачебная этика, или деонтология, касается значительного количества сфер профессиональной деятельности медика, среди которых можно выделить:

1. Принятие решений о публичном распространении определенных фактических сведений. Тем не менее, в ряде ситуаций сокрытие той или иной информации не является уместным, как это было представлено на материале самого первого контекста.

2. Порядок профессиональных отношений с коллегами и неразглашение не вполне уместных фактов поведения сотрудников в соответствующих обстоятельствах.

3. Определение поведенческих и внутренних установок врача при лечении любых больных. Особенно подчеркивается важность поддержания веры в улучшение даже при поражении неизлечимыми недугами.

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Врачебная этика. Словарь понятий [Электронный ресурс] // Томский областной институт повышения квалификации и переподготовки работников образования. — Режим доступа: [http://edu.tomsk.ru/teacher\\_help/mir/Document/Slovar\\_ponyaty.htm](http://edu.tomsk.ru/teacher_help/mir/Document/Slovar_ponyaty.htm). — Дата доступа: 2016.02.02.

2. Глашев, А. А. Медицинское право. Практическое руководство для юристов и медиков / А. А. Глашев. — М.: ВолтерсКлувер, 2004. — 202 с.

**УДК 616.71-007.151**

## **РАХИТ У ДЕТЕЙ**

*Белко В. В.*

**Научный руководитель: к.м.н., доцент А. И. Зарянкина**

**Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»**

**г. Гомель, Республика Беларусь**

### **Введение**

В настоящее время рахит тяжелой степени становится редкостью, все чаще это заболевание протекает в легкой форме, в связи с чем зачастую не диагностируется и не лечится [1]. Однако заметно возрастание отдаленных последствий рахита, таких как остеопороз, остеомаляция, остеопения, способствующих формированию нарушений осанки, плоскостопия, сужению тазового кольца, анемии, близорукости, косоглазия [2]. Последствиями рахита нередко являются вегетативные дисфункции, нарушение моторики желудочно-кишечного тракта в виде простого запора, дискинезии билиарного тракта и двенадцатиперстной кишки [4].

Таким образом, перенесенный рахит в раннем возрасте оказывает неблагоприятное воздействие на рост и развитие детей в более старшем возрасте, а его последствия могут сохраняться на протяжении всей жизни человека [1, 3].

### **Цель**

Изучить особенности течения рахита у детей в настоящее время.

### **Материал и методы исследования**

Проведен анализ медицинских карт стационарного пациента детей раннего возраста, находившихся на стационарном лечении в инфекционном отделении № 1 Гомельской областной детской клинической больницы с острыми заболеваниями органов дыхания в ноябре 2015 г.

### **Результаты исследования и их обсуждение**

Из 170 детей госпитализированных в инфекционное отделение № 1 рахит был диагностирован у 39 (23 %) человек.

Основную группу детей с диагнозом рахит составили мальчики — 24 (62 %) ребенка, соответственно 15 (38 %) детей составили девочки.

В возрастном аспекте наиболее часто рахит наблюдался у детей первого полугодия жизни (17 (42 %) детей). Во втором полугодии жизни рахит диагностирован у 8 (21 %) детей. Остаточ-

ные явления в виде деформации костей черепа, развернутости апертуры грудной клетки зафиксированы у 14 (37 %) детей на втором году жизни. При этом из 170 детей с ОРИ, дети первого полугодия составили 20 % — 34 ребенка, из них 17 (50 %) детей имели клинические проявления рахита. 29,4 % (50 детей) составили дети второго полугодия жизни и только у 8 (16 %) из них диагностирован рахит. Основную массу госпитализированных составили дети второго года жизни (86 (50,6 %) детей), из которых у 14 (16,3 %) наблюдались остаточные проявления рахита.

Анализируя характер вскармливания детей с рахитом на первом году жизни, выявлено, что только 6 (15,4 %) детей получали грудное молоко с введением прикормов по возрасту. 1 (2,6 %) ребенок находился на смешанном вскармливании. 17 (43,6 %) детей получали адаптированные смеси с рождения. У 15 (38,5 %) детей сроки перевода на искусственное вскармливание были различны: 5 (12,8 %) детей находились на естественном вскармливании только первый месяц жизни, 2 (5,1 %) ребенка — 2 месяца, 5 (12,8 %) детей — 3 месяца, 3 (7,7 %) ребенка — 4 первых месяца жизни.

Изучая вклад экзогенных факторов, предрасполагающих к рахиту, наибольшую группу составили недоношенные дети (18 (46 %) человек), неблагоприятный социальный анамнез выявлен у 12 (31 %) детей, 6 (15 %) детей были из двоен. Частота встречаемости рахита в зависимости от рождения детей в различное время года распределилась следующим образом: зимой родилось 7 (18 %) детей, весной — 4 (10,1 %) ребенка летом — 21 (53,9 %), осенью — 7 (18 %) детей.

Легкое течение (I) рахита отмечалось у 16 (42 %) детей. Проявлялось повышенной потливостью; уплощением, облысением затылка; лобными, теменными буграми; мышечной гипотонией. Средняя степень тяжести (II) — у 23 (58 %) детей. Клинические проявления характеризовались деформацией костей черепа, развернутой нижней апертурой грудной клетки, мышечной гипотонией с «лягушачьим» животом и разболтанностью суставов, поздним прорезыванием зубов. Тяжелого течения заболевания диагностировано не было.

Всем детям на амбулаторном этапе проводилась специфическая профилактика рахита. 29 (74,3 %) детей получали витамин Д в дозе 500 МЕ, 10 (25,7 %) детей — в дозе 1000 МЕ.

#### **Выводы**

Несмотря на специфическую профилактику рахита, каждый четвертый ребенок, госпитализированный с ОРЗ, имеет клинические признаки данного заболевания. Наиболее уязвимы по развитию рахита — мальчики первого полугодия жизни, рожденные летом. Рахит чаще протекает в средней степени тяжести у детей, находящихся на искусственном вскармливании. Наибольшее значение для развития рахита имеют недоношенность и неблагоприятный социальный анамнез. Дети группы риска по развитию рахита в 74 % случаев на амбулаторном этапе получают недостаточную дозу витамина Д, что могло способствовать развитию данного заболевания.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. *Невера, Е. Г.* Актуальность проблемы рахита и пути ее решения / Е. Г. Невера // Медицинские новости. — 2005. — № 8. — С. 2–6.
2. *Захарова, И. Н.* Современный взгляд на патогенез и профилактику рахита у детей / И. Н. Захарова, Н. А. Коровина, Ю. А. Дмитриева // Практика педиатра. — 2012. — № 3. — С. 34–40.
3. *Современные подходы к диагностике, лечению и профилактике рахита у детей : учеб.-мет. пособие / А. С. Почкайло [и др.].* — Минск, 2014. — 65 с.
4. *Хлебовец, Н. И.* Рахит: лечение и профилактика / Н. И. Хлебовец // Журн. Гродненского гос. мед. ун-та. — 2011. — № 4. — С. 90–92.

УДК:616-021.3-057.875:376 (476.6)

### **АЛЛЕРГИЗАЦИЯ СТУДЕНТОВ УО «ГРГМУ»**

**Белошевская Н. А., Василевич В. В.**

**Научный руководитель: В. Г. Саросек**

**Учреждение образования**

**«Гродненский государственный медицинский университет»**

**г. Гродно, Республика Беларусь**

#### **Введение**

Аллергические заболевания являются актуальной проблемой и в последнее десятилетие привлекают все более пристальное внимание врачей разных специальностей. Понятие