

ных проводилось консервативное лечение, включающее антибиотики и физиолечение, средний срок лечения 11,5 к/д. У 21 пациента с лигатурными свищами выполнялась хирургическая обработка свищевого хода после предварительной фистулографии, средний срок лечения 15,9 к/д. Основную исследуемую группу составили 55 больных с постгоспитальными абсцессами. Им применялась трехэтапная тактика, включающая первым этапом вскрытие абсцесса, вторым этапом выполнялись некрэктомии, и третий этап заключался в хирургической обработке раны брюшной стенки. Средний срок лечения составил 17,4 к/д. В контрольной группе было 62 пациента с постгоспитальными абсцессами, им применялось традиционное лечение в виде вскрытия абсцесса и последующее вторичное заживление раны под мазевыми повязками. Стационарный срок лечения у них составил 13,2 к/д, а амбулаторный — 18,3 дня, всего — 31,5 дня. При рецидивирующих осложнениях максимальное всестороннее обследование больного и доступ к патологическому очагу предпочтительно выполнять вне зоны воспаления.

Выводы

Разделение постгоспитальных раневых гнойно-воспалительных осложнений на ранние, поздние и рецидивирующие дает возможность дифференцированно формировать лечебно-диагностическую программу. Трехэтапный способ лечения постгоспитальных раневых осложнений в два раза сокращает срок заживления раны.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Абаев, Ю. К.* Справочник хирурга. Раны и раневая инфекция / Ю. К. Абаев. — Ростов н/Д: Феникс, 2006. — 427 с.
2. Избранный курс лекций по гнойной хирургии: учебное пособие / под ред. В. Д. Федорова, А. М. Светухина. — М.: Миклош, 2007. — 365 с.
3. Хирургическая инфекция: рук-во для врачей общей практики / Е. А. Столяров, Б. Д. Грачев, А. В. Колсанов; под ред. Г. П. Котельникова. — Самара: ГОУ ВПО СамГМУ, 2004. — 232 с.

УДК 614.253:61+84

РЕПРЕЗЕНТАЦИЯ ПОНЯТИЯ «ВРАЧЕБНАЯ ЭТИКА» В ТЕКСТАХ ХУДОЖЕСТВЕННОЙ И ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

Бекмурадов Р. А.

Научный руководитель: преподаватель А. Ю. Крохмальник

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Понятие медицинской этики интерпретируется как «разновидность профессиональной этики, содержанием которой является определение и обоснование миссии врача, системы нравственных ценностей медицинской профессии, моральных качеств, необходимых ее представителям» [1]. Для его обозначения также применяется термин *деонтология*. Он был впервые употреблен английским юристом Иеремией Бентамом в XVII в., однако использовался в ином контексте [2]. Несколько позже он начал связываться с правилами профессиональной этики врачей и адвокатов. Все они ориентировались на максимально эффективное лечение пациентов медицинских учреждений. При этом исключаются все те мероприятия, которые могут привести к организационным неполадкам обслуживания больных.

Цель

Проанализировать особенности представления понятия медицинской этики в литературных текстах.

Материал и методы исследования

При проведении исследования использовались методы сплошной выборки, контекстного анализа и словотолкования.

Результаты исследования и их обсуждение

Были изучены особенности реализации словосочетания *врачебная этика* в текстах художественной и профессиональной литературы. При этом проводился анализ контекстов из

этих произведений, которые позволили всесторонне осветить проблему репрезентации указанного понятия в различных источниках.

В следующем случае автор рассуждает об уместности врачебной этики при общении с пациентами по поводу серьезности того или иного заболевания: *Другим это только кажется, просят сказать им правду, а сами в глубине души хитрят, ждут обмана. Тянутся к надежде, пускай призрачной. Может быть. Права традиционная врачебная этика: всегда скрывать? Нет, бывают исключения. Где-то незадолго перед тем читала «скорбный лист» болезни Пушкина, историю его последних страдальческих дней. По тем временам, при тогдашнем состоянии медицины рана была безусловно смертельной (И. Грекова. Перелом).* В приведенном контексте имеется упоминание о важном историческом факте, который нашел свое описание в особом «скорбном листе». Подобным образом ранее называлась медицинская карта или история болезни пациента. Между тем в случае с Александром Сергеевичем Пушкиным все наблюдения записывались или самими врачами, или свидетелями данного процесса.

Следует отметить, что врачебная этика не является достижением эпох Нового Времени или Новейшего Времени, поскольку она существовала и в древности. Подтверждением этого факта является материал следующего контекста: *Существовали в Индии и представления о врачебной этике: так, Чарака призывал своих учеников «всей душой стремиться к исцелению больных» и «не предавать их даже ценою собственной жизни». Речь врача, поучал он, всегда должна быть вежливой и приятной, он обязан быть сдержан, рассудителен и всегда стремиться совершенствовать свои познания. Идя в дом больного, врач, указывал Чарака, должен «направлять свои мысли, разум и чувства ни к чему иному, кроме как к своему больному и его лечению». При этом строго соблюдать врачебную тайну, не рассказывать никому ни о состоянии больного, ни об увиденном в его доме (Е. Ванина. Научные достижения Древней Индии // «Наука и жизнь»).* Как следует из приведенного выше материала, древним докторам предписывалось неразглашение сведений о течении болезни и всех связанных с ней обстоятельств посторонним людям. Как отмечал Чарака, основным призванием любого врача можно считать активную помощь больному в борьбе с поразившим его недугом. Кроме того, лечащий специалист принимает на себя обязательство заниматься своей деятельностью даже тогда, когда определенные обстоятельства угрожают его жизни. Наконец, принципы и убеждения врача дополнялись требованиями к выражению его мыслей. Уже в древнюю эпоху отмечалось, что он должен уважительно разговаривать с больным, однако при этом проявлять необходимую сдержанность.

В ряде ситуаций идея врачебной этики направлена на неразглашение фактических сведений по поводу распространения тех или иных заболеваний, даже если они демонстрируют определенную опасную тенденцию: *Оказалось, никакого всплеска не наблюдается. Рост заболеваемости имеется — это, к большому сожалению, одна из характеристик нашего отнюдь не безоблачного времени, но эта динамика не выходит за пределы средне-областной статистики. Что же касается подробных данных — большинство цифр, по соображениям врачебной этики — тайны, спрятаны под грифом «Для служебного пользования». Санэпиднадзор смог сообщить, что в 2002 г. заболеваемость сифилисом в Дубне выросла в 1,9 раза по сравнению с 2001-м... (Встреча держит ответ (2003) // «Встреча» (Дубна)).* Иногда подобные явления могут носить временный характер и не являться устойчивыми, однако иногда они должны становиться сигналами к принятию конкретных мер и не оставаться незамеченными.

Вопросами врачебной этики интересовались и представители сферы юриспруденции: *Особенно богата, затем, этическими вопросами область медицины. Здесь можно с полным правом говорить об отдельной и важной отрасли знания, необходимого для врача, — о врачебной этике. Достаточно указать лишь на такие вопросы, как о врачебной тайне, о явке к больному, о пределах сохранения секрета научно-врачебных открытий и т. д., чтобы увидеть всю важность этой отрасли профессиональной этики (А. Ф. Кони. Нравственные начала в уголовном процессе (Общие черты судебной этики)).* Как отмечает извест-

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. — 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-