

найти обтурация просвета ЧО каловым камнем либо инородным телом. Очень часто тип 1 – это деструктивные формы ОА. Средний диаметр ЧО типа 1 – 11,4 мм.

Тип 2 – увеличение диаметра ЧО за счет утолщения слоев стенки ЧО. Содержимое в просвете ЧО либо отсутствует, либо присутствует в небольшом количестве. Интраоперационно такие ЧО имеют черты флегмонозного или катарального ОА. Средний диаметр ЧО типа 2 – 9,04 мм.

Тип 3 – увеличение просвета ЧО за счет расширения его внутренним гиперэхогенным неоднородным содержимым при нормальной или несколько истонченной стенке ЧО. Несмотря на отсутствие каких-либо других ультразвуковых признаков ОА кроме увеличения диаметра, при нажатии на проекцию такого ЧО датчиком может возникать значительный болевой синдром. При осмотре макропрепаратов ЧО часто туго заполнен пластилиноподобным калом, или содержит несколько отдельных твердых фекалитов, а воспалительные изменения соответствуют либо катаральному ОА, либо отсутствуют. Средний диаметр ЧО типа 3 – 7,0 мм.

Дооперационное определение ультразвукового типа ОА может быть полезным для прогнозирования течения заболевания у пациентов, что может стать основой для дифференцированного подхода к лечению данной категории пациентов.

Полубок Н.В.
Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь

ЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ ИНТЕЛЛЕКТ И ПРЕДСТАВЛЕНИЯ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ О ПАЦИЕНТАХ

Актуальность. Активные коммуникации «человек – человек», необходимые медику, определяются уровнем развития эмоционального интеллекта, установление взаимосвязи с представлением о пациентах, формируют целостность и направленность собственного «Я».

Цель. Изучение представлений о пациентах у студентов-медиков с разным уровнем эмоционального интеллекта (далее – ЭИ).

Методы исследования. Методика Куна Мак-Партленда «Кто я?», опросник «ЭМин» Д.В. Люсина, описательная статистика; корреляционный анализ Ч. Спирмена; кластерный анализ.

Результаты и их обсуждение. Участниками исследования стали 800 студентов 1–2-го и 5–6-го курсов, обучающихся в ГрГМУ.

При одинаковом количестве ответов у студентов младших и старших курсов отличаются категории идентичности личности испытуемых. У студентов 1–2-го курсов выявлена тенденция определения себя в качестве семейной и межличностной роли (сын, дочь, друг). Профессиональная роль обозначена как «студент» – 16% испытуемых, «студент медвуза» – 10,25%, «студент лечебного (и др.) факультета» – 61,25%, «будущий врач» – 12,5%. У студентов 5–6-го курсов акцент в ответах на профессиональную роль (студент, медик, врач, хирург и др.), а у работающих еще и «санитар», «медсестра», «фельдшер скорой». В ответах также присутствуют и другие социальные роли (спортсмен, геймер, др.). Различия между группами младших и старших курсов в отдельных показателях эмоционального интеллекта: межличностный ЭИ ($p=0,008$), внутриличностный ЭИ ($p=0,018$), понимание эмоций ($p=0,007$), управление эмоциями ($p=0,007$), понимание чужих эмоций ($p=0,009$), управление своими эмоциями ($p=0,022$).

Высоким уровнем эмоционального интеллекта обладают 3% респондентов, у 41% – средний интегративный уровень ЭИ, у 56% студентов – низкий интегративный уровень эмоционального интеллекта.

На основе теоретического материала и эмпирического исследования была разработана исследовательская процедура определения взаимосвязи ЭИ и восприятия пациентов студентами-медиками. Это позволит определить направления развития личностных характеристик студентов с учетом особенностей профессиональной деятельности, для дальнейшего выявления способов повышения уровня профессионализма будущих врачей. Только качественное и количественное познание себя и других способствует росту эмоционального интеллекта.

По результатам исследования можно говорить о целесообразности включения в учебный процесс высшей школы мероприятий,

направленных на развитие у студентов навыков понимания и контроля собственного эмоционального состояния, а также эмоционального состояния партнеров по общению.

Полынский А.А., Цилиндзь И.Т.
Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь

СЛОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ ДИВЕРТИКУЛЕЗА ТОЩЕЙ КИШКИ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Актуальность. Дивертикулы тощей кишки достаточно редкая патология, встречающаяся в 0,5% случаев и обычно протекающая бессимптомно. Однако в ряде ситуаций они проявляются признаками воспаления и осложняются кровотечением, перфорацией и непроходимостью – состояниями, требующими неотложных оперативных вмешательств.

Цель. Продемонстрировать сложный клинический случай диагностики дивертикулеза тощей кишки.

Методы исследования. В статье представлено клиническое наблюдение пациентки с дивертикулярной болезнью тонкой кишки, дивертикулитом, гнойным оментитом, осложненным местным неотграниченным перитонитом.

Результаты и их обсуждение. Пациентка К., 60 лет, доставлена в ГУЗ «Городская клиническая больница № 4 г. Гродно» по экстренным показаниям с диагнозом: «острый аппендицит?». При поступлении предъявляла жалобы на постоянные ноющие боли в околопупочной области, больше справа, слабость, тошноту. Считает себя больной около суток.

При осмотре в приемном покое: состояние удовлетворительное, сознание ясное. Кожные покровы бледно-розовые, сухие. Дыхание везикулярное, хрипов нет, частота дыхания 18 в мин. Тоны сердца ритмичные, ясные, пульс 78 ударов в минуту, АД 125/80 мм рт. ст. Язык чистый, влажный. Живот мягкий, не вздут, участвует в акте дыхания, симметричный, болезненный в околопупочной области, больше справа. Перистальтика выслушивается. Перитониальные симптомы отрицательные. При ректальном исследовании изменений не выявлено.