

коллективом» ( $R=0,39$ ). Можно сделать вывод о том, что чем выше оценка специалистом-врачом своего профессионального и личностного роста, тем больше он будет удовлетворен отношениями в коллективе. Самооценка личностного роста – субъективный показатель, то есть определяет оценку силы и направленности воздействия профессии на личностные свойства врача. Содержание корреляционной связи раскрывает влияние фактора коллектива, отношений в коллективе на представления врача о своем «движении вверх» в профессии.

Показатель профессионального самоотношения «самоуничижение в профессии» имеет несколько обратных корреляционных связей со шкалами «удовлетворенность процессом и содержанием работы, и своими достижениями» ( $R=-0,59$ ), «удовлетворенность коллективом» ( $R=-0,48$ ), «удовлетворенность условиями и организацией труда» ( $R=-0,52$ ). Чем выше самоуничижение в профессии, тем ниже показатель шкал, которые описывались ранее. Самоуничижение – установка субъекта на негативное оценивание или обесмысливание своих индивидуальных качеств в контексте трудовой деятельности и профессиональной карьеры. При самоуничижении у субъекта врачебной профессиональной деятельности не достигается удовлетворенность собой в профессии и отношениями с коллегами, коллективом.

**Выводы.** Таким образом, выявленные взаимосвязи между параметрами самоотношения и удовлетворенности трудом позволяют углубить понимание внешних и внутренних условий развития профессиональной субъектности врача.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Казаренков, В. И. Социальные и деятельностные предикторы профессионального самоотношения будущих специалистов разных сфер / В. И. Казаренков, М. М. Карнелович, Тян Сылей // Психолого-педагогический поиск. – 2021. – № 2. – С. 111–121.
2. Карнелович, М. М. Профессиональные смыслы «я» будущих педагогов, врачей и психологов / М. М. Карнелович // Исторические и психолого-педагогические науки : сб. науч. ст. – Минск : РИВШ, 2019. – Вып. 19, ч. 3: Психологические науки. – С. 127–136.

### КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ДИРОФИЛЯРИОЗА ЧЕЛОВЕКА

*Кивейша А.Д.<sup>1</sup>, Шило Р.С.<sup>2</sup>, Денищик А.А.<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>Городская поликлиника № 1 г. Гродно,

<sup>2</sup>Гродненский государственный медицинский университет

**Актуальность.** Дирофиляриоз – биогельминтоз, клинические проявления которого обусловлены миграцией незрелых гельминтов в тканях или внутренних органах человека, характеризуется медленным развитием и

длительным течением. Принято считать, что дирофиляриоз – редкая глистная инвазия на территории Республики Беларусь, однако в настоящее время прослеживается тенденция роста и более широкого распространения этого заболевания. Так, если до середины прошлого века описывались лишь единичные его случаи, то в последнее время число наблюдений возросло [1]. Специалисты связывают расширение ареала данной инвазии с глобальным потеплением, а также с перемещением граждан и животных, что способствует «заносу болезней» из других стран [2]. Также расширение ареала распространения связано с рядом эпидемиологических и экологических факторов: ростом количества бродячих собак (окончательных хозяев паразита) и высоким уровнем их инвазированнойности, большим количеством переносчиков (комаров), уменьшением популяции земноводных (лягушек). Поскольку направленных противоэпидемических мероприятий в отношении ограничения распространения дирофиляриоза в Республике Беларусь не проводится, в ближайшее время следует ожидать еще большего роста заболеваемости. Диагностика дирофиляриоза у человека основывается на комплексном анализе эпидемиолого-эпизоотологических данных, клинических и лабораторных исследований. Оптимальный метод лечения – полное хирургическое удаление гельминта [3].

**Цель.** Представить вниманию клинический случай дирофиляриоза человека, выявленный в г. Гродно.

**Методы исследования.** Изучена медицинская карта пациентки Д., 1963 г. рождения, у которой на приеме у хирурга в поликлинике было обнаружено опухолевидное образование в правой височной области волосистой части головы. Из анамнеза заболевания выяснено, что появилось оно 2 месяца назад, болевого синдрома пациентка в течение этого времени не испытывала. Патологическое образование имеет шаровидную форму, 1 см в диаметре, при пальпации плотноэластической консистенции, гладкое, смещаемое относительно подлежащих тканей, безболезненное, кожа над ним не изменена. Пациентке выставлен предварительный диагноз «эпидермальная киста правой височной области». Проведено предоперационное обследование: ультразвуковое исследование мягких тканей правой височной области волосистой части головы, на котором было визуализировано подкожное гипоэхогенное образование шаровидной формы с четким, ровным контуром, размером 12×15 мм. В общем анализе крови выявлена эозинофилия (эозинофилы 5%). Пациентке предложено хирургическое вмешательство – иссечение кистозного образования.

**Результаты и их обсуждение.** После трехкратной обработки операционного поля 70 % раствором этанола под местной анестезией над опухолевидным образованием произведен разрез длиной 2 см. При этом выделилось незначительное количество (1 мл) жидкости серого цвета и патологическое нитевидное образование длиной около 15 см, толщиной 0,5 мм, прозрачно-белого цвета, упруго-эластической консистенции, которое было свернуто в клубок и создавало хаотичные движения. Также был иссечен

участок несколько измененной подкожно жировой клетчатки, возможно, с остатками капсулы данного образования. На завершающих этапах произведен гемостаз, наложены швы на рану и асептическая повязка.

После операции извлеченное образование было направлено на патогистологическое исследование. Результат: фиброзная ткань с очаговым хроническим воспалением и наличием гельминта – нематода рода *Dirofilaria*. По данным патогистологического исследования пациентке выставлен диагноз «диروفилляриоз подкожно-жировой клетчатки правой височной области» (В74.8). Послеоперационный период протекал без осложнений, на 7 сутки после операции были сняты швы, рана зажила первичным натяжением. При дополнительном обследовании пациентки других участков паразита в организме обнаружено не было.

**Выводы.** Таким образом, несмотря на то, что территория Республики Беларусь не является эндемичной по диروفилляриозу, встречаются отдельные клинические случаи данного заболевания. Поэтому является необходимым проведение лабораторно-инструментальной диагностики пациентам с кистозными патологическими очагами мягких тканей и выполнение их удаления с последующим гистологическим исследованием.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Дирофиляриоз / Л. Б. Сейдулаева [и др.] // Вестник Казахского Национального медицинского университета. – 2015. – № 2. – С. 72–74.
2. Дирофиляриоз: два клинических случая / В. И. Прохоренков [и др.] // Клиническая дерматология и венерология. – 2015. – № 14 (5). – С. 32–37.
3. Возлюбленный, Д. Е. Диагностика и лечение диروفилляриоза мягких тканей нижних конечностей / Д. Е. Возлюбленный, Е. И. Возлюбленный, Н. Ю. Неласов // Хирургия. Журнал им. Н. И. Пирогова. – 2016. – № 4. – С. 81–85.

## ФАКТОРЫ ИСХОДА ТЯЖЕЛЫХ ФОРМ ПАНКРЕОНЕКРОЗА ПРИ СОВРЕМЕННОЙ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ

*Кирячков Ю.Ю., Рей Е.О.*

*Гродненский государственный медицинский университет*

**Актуальность.** Ежегодная заболеваемость острым панкреатитом (ОП) составляет 30–45 человек на 100 000 жителей [1]. Для разработки эффективных схем лечения чрезвычайно важно сопоставление различных клинико-эпидемиологических факторов, определяющих тяжесть и прогрессирование заболевания [2].

**Цель.** Определить влияние клинико-эпидемиологических, лабораторно-диагностических и лечебных факторов на исходы панкреонекроза.

**Методы исследования.** В анализ включены медицинские карты пациентов с органной недостаточностью с длительностью нахождения в отделении интенсивной терапии в течение  $\geq 2$  дней. [3]. Выборку ретроспективного