

## ХАРАКТЕРИСТИКА УРОВНЕЙ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ИНТЕЛЛЕКТА СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ

Адамович И. В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра нормальной физиологии

Научный руководитель – к.м.н., доц. Королёв П.М.

Понятие «эмоциональный интеллект» ввели в обиход американские психологи Питер Саловей и Джон Майер в 1990 году [1]. По их мнению, эмоциональный интеллект в самом широком понимании объединяет в себе способности личности к эффективному общению за счет понимания эмоций окружающих и умения подстраиваться под их эмоциональное состояние. Согласно результатам исследований Майера и Саловея, люди, обладающие высоким уровнем эмоционального интеллекта (EQ), способны к более быстрому прогрессу в определенных областях и более эффективному использованию своих способностей. В последние годы появляется все больше публикаций о том, что высокий уровень интеллекта, измеряемого с помощью показателя IQ, вовсе не гарантирует успех в карьере. Многие специалисты считают, что успех человека в жизни на 80% зависит от уровня его эмоционального интеллекта [2], что подчеркивает актуальность данной проблемы.

Цель исследования – изучить уровни эмоционального интеллекта и гендерные различия указанного показателя у студентов-медиков.

Методика исследования. В исследовании приняли участие 106 студентов 2-3 курсов Гродненского государственного медицинского университета. Возраст испытуемых – от 19 до 22 лет, из них 59 женского и 47 мужского пола. Все студенты выполняли тест на эмоциональный интеллект в режиме онлайн (<http://www.psi-test.ru/person/emotion-intel.html>). Тест содержит 61 вопрос, достоверность теста 82%. Полученные результаты ранжировались по 3 уровням эмоционального интеллекта: низкий (39% и менее), средний (40-69%) и высокий (более 70%). Дополнительно проводилось гендерное сравнение уровней эмоционального интеллекта. Статистическая обработка данных проводилась с использованием пакета прикладных программ STATISTICA 6.0. Достоверными считались результаты при уровне значимости  $p < 0,05$ .

В результате проведенного анализа генеральной выборки ( $n=106$ ) установлено, что уровень эмоционального интеллекта ( $M \pm m$ ) исследуемой группы студентов составил  $80,85 \pm 9,52\%$ .

Высокий уровень эмоционального интеллекта выявлен у 92 студентов, что составило 86,8% от общего количества анкетированных.

Средний уровень эмоционального интеллекта выявлен у 14 студентов (13,2% от общего количества анкетированных).

В зону с низким уровнем эмоционального интеллекта не попал ни один из группы анкетированных студентов.

При сравнении уровня эмоционального интеллекта у мужчин ( $81,11 \pm 8,24\%$ ) и женщин ( $80,64 \pm 8,29\%$ ) достоверных различий указанного показателя не отмечено ( $p > 0,05$ ).

На основании проведенного исследования можно констатировать, что у подавляющего большинства анкетированных студентов-медиков выявлен высокий уровень эмоционального интеллекта, что способствует более эффективному использованию своих профессиональных способностей при исполнении врачебного долга.

Литература:

1. Salovey P., Mayer J.D. Emotional intelligence // Imagination, Cognition and Personality. 9. 1990. P. 185-211.
2. Гоулман, Д. Эмоциональный интеллект / Д. Гоулман; пер. с англ. – М.: АСТ. – 2010. – 478с.

## ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ БРОНХОЛЁГОЧНОЙ ДИСПЛАЗИИ У НЕДОНОШЕННЫХ МЛАДЕНЦЕВ

Алексеева А.А., Бахур О.В., Яромчик Н.А.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

2-я кафедра детских болезней

Научный руководитель – к.м.н., ассистент Гурина Л.Н.

Бронхолегочная дисплазия (код в МКБ 10 – P27.0) – это полиэтиологическое хроническое заболевание морфологически незрелых легких, развивающееся у новорожденных, главным

образом глубоко недоношенных детей, в результате интенсивной терапии респираторного дистресс-синдрома. Протекает с преимущественным поражением бронхиол и паренхимы легких, развитием эмфиземы, фиброза и (или) нарушением репликации альвеол; проявляется зависимостью от кислорода в возрасте 28 суток жизни и старше, бронхобструктивным синдромом и симптомами дыхательной недостаточности; характеризуется специфичными рентгенографическими изменениями в первые месяцы жизни и регрессом клинических проявлений по мере роста ребенка [1].

Цель исследования – определение факторов риска формирования БЛД у недоношенных детей.

Проведен ретроспективный анализ 27 медицинских карт стационарного больного за 2007-2012 гг. Это были недоношенные дети, находившиеся на лечении и выхаживании во 2-м отделении УЗ «ГОДКБ».

На момент родов 53,3% (14) женщин имели возраст от 20 до 30 лет, старше 30 лет – 46,7% (13). Осложненное течение беременности отмечено у 93,3% (27) матерей. Из них перенесли на фоне беременности соматические заболевания 28,6% (8), инфекционные – 21,4% (6), сочетанная патология диагностирована у 28,6% (8) беременных. Отягощенный акушерско-гинекологический анамнез отмечался у 73,3% (20) женщин. Фетоплacentарная недостаточность составила 36,4% (10), поздний гестоз беременных – 18,2% (5), угроза прерывания беременности – 54,5% (15).

У 46,7% (13) рожениц ребёнок извлечен путем операции кесарева сечения, через естественные родовые пути родились 53,3% (14) детей. В сроке гестации 181 день и менее родились 12,7% недоношенных новорожденных, 182-196 дней – 40% детей, 197-210 дней – 40%, 211 и более дней – 7,3% из обследуемых младенцев. Роды с осложнениями протекали у 46,7% (13) женщин. Родилось 80% (22) мальчиков и 20% (5) девочек.

У 93,3% (25) детей состояние после родов тяжелое, у 6,7% (2) – средней степени тяжести. Оценку по шкале Апгар на 1-й минуте 8-10 баллов имели 46,7% (13) детей, 4-7 баллов – 33,3% (9), 3 балла и менее – 20% (5) новорожденных. На 5-й минуте 7 баллов и более было выставлено 60% детей, низкая оценка по шкале Апгар сохранялась у 40% младенцев. С массой тела при рождении до 1000 г родилось 60% (16) детей, 1001-1500 г – 13,3% (4), больше 1501 г – 26,7% (7).

Респираторная поддержка проводилась 93,3% (27) обследованных детей. Средняя концентрация кислорода в первые трое суток составила 60%, далее содержание кислорода во вдыхаемой смеси колебалось от 40% до 50%. Длительность искусственной вентиляции легких в течение 16-28 дней проводилась у 14,3% (4) младенцев, 28 дней и более – у 85,7% (23).

Таким образом, патологическое течение беременности имели все обследуемые женщины у детей с БЛД, в 50% случаях отмечалось осложненное течение родов, 73% детей родились с массой тела менее 1500 г. Состояние после рождения расценено как тяжёлое у 93,3% недоношенных детей. Всем обследуемым детям проводилась длительная респираторная поддержка с использованием высоких концентраций кислорода.

Литература:

1. Классификация клинических форм бронхолегочных заболеваний у детей. – М.: Российское респираторное общество, 2009. – С. 18.

## ДИАГНОСТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНОЙ ОПЕРАТИВНОЙ КОРРЕКЦИИ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА У ДЕТЕЙ

Алексеюк А.Н.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь  
2-я кафедра детских болезней

Научный руководитель – к.м.н., ассистент Бердовская А.Н.

Легочная гипертензия (ЛГ) и сердечная недостаточность (СН) относятся к наиболее грозным осложнениям при врожденных пороках сердца (ВПС). У детей данные осложнения – одна из основных причин, препятствующих проведению радикальной коррекции порока. У ряда пациентов и после хирургической коррекции порока развивается тяжелая резидуальная легочная гипертензия и сердечная недостаточность, которые и определяют качество жизни.

Цель: расширить арсенал методов диагностики осложнений у детей с врожденными пороками сердца после радикальной оперативной коррекции.

Под нашим наблюдением находились 25 детей после радикальной коррекции септальных дефектов (общая группа) и 18 практически здоровых детей (группа сравнения).

Общая группа больных состояла из 10 детей после радикальной оперативной коррекции