

блемы эмоционального интеллекта; 2) выявить общий уровень эмоционального интеллекта у студентов-медиков; 3) определить уровень структурных компонентов эмоционального интеллекта у студентов-медиков.

**Материалы и методы исследования.** Метод исследования: опрос. Методика исследования: Тест эмоционального интеллекта Д. Люсина. Выборку исследования составили студенты УО «ГрГМУ», в возрасте от 18 до 20 лет.

**Результаты.** Теоретический анализ позволяет заключить, что интеллект – познавательная деятельность сложных когнитивных систем, способных к обучению, целенаправленной переработке информации и саморегулированию, а эмоциональный интеллект – способность воспринимать и выражать эмоции, ассимилировать эмоции и мысли, понимать и объяснять эмоции, а также регулировать эмоции (свои собственные и других людей). По результатам эмпирического исследования было выявлено, что преобладают студенты со средним и низким уровнем общего эмоционального интеллекта. Структура общего эмоционального интеллекта: способность к управлению своими и чужими эмоциями (низкий уровень – 31,80%, средний уровень – 31,80%), способность к пониманию своих и чужих эмоций (низкий уровень – 31,80%, средний уровень – 27,30%), способность к пониманию собственных эмоций и управлению ими (низкий уровень – 36,30%), способность к пониманию эмоций других людей и управлению ими (низкий уровень – 27,3%, средний уровень – 31,8%). Таким образом, можно говорить о том, что у специалистов медико-психологического профиля эмоциональный интеллект характеризуется средним уровнем развития.

#### *Литература*

1. Айзенк, Г. Ю., Понятие и определение интеллекта / Г. Ю. Айзенк // Вопросы Психологии. – 1995. – № 1. – С.111–131.
2. Андреева, И. Н., Эмоциональный интеллект: исследования феномена // Вопросы психологии. – 2006. – № 3. – С. 78–86.

## **ПЕРЕКИСНОЕ ОКИСЛЕНИЕ ЛИПИДОВ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ КЛИНИЧЕСКИХ ФОРМАХ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ**

***Шейфер Ю.А***

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь  
Научный руководитель – д.м.н., проф. Зинчук В.В.*

**Актуальность:** Туберкулез (ТБ) является одной из самых актуальных проблем клинической медицины. По данным ВОЗ, около трети населения планеты – 2 млрд человек инфицированы *Mycobacterium tuberculosis* (МБТ). [1].

**Цель.** Изучение показателей перекисного окисления липидов (ПОЛ) при различных клинических формах туберкулеза легких.

**Материал и методы исследования.** Под нашим наблюдением находилось 120 пациентов с различными клиническими формами ТБ легких, в возрасте от 20 до 55 лет, которые составили основную группу. Были диагностированы следующие клинические формы туберкулеза легких: кавернозный - у 11 (9,2%) пациентов, инфильтративный туберкулез легких – у 55 (45,8%), очаговый - у 21 (17,5%), туберкулема - у 18 (15%), диссеминированный – у 15 (12,5%). Туберкулема, очаговый, бронхолобулярный и округлый инфильтрат были объединены в группу малые формы (n=49). Контрольную группу составили здоровые лица мужчины, в количестве 23 человек.

**Результаты и их обсуждение.** При ТБ легких наблюдается увеличение активности процессов ПОЛ. Концентрация ДК в плазме увеличивается при диссеминированном – в 8,4 раз ( $p < 0,05$ ), при инфильтративном – в 3,97 раз ( $p < 0,05$ ), менее выраженные изменения при кавернозном – в 2,7 раза и малых формах - в 2,5 раза. Прирост уровня ДК в эритроцитарной массе отмечается при малых формах на 107,3% ( $p < 0,05$ ), при кавернозном – на 92% ( $p < 0,05$ ), но еще более значительное увеличение происходит при инфильтративном – на 199,8% ( $p < 0,05$ ) и при диссеминированном – на 389,55% ( $p < 0,05$ ). Наиболее значительное увеличение МДА в плазме наблюдается при диссеминированном – на 64,2% ( $p < 0,05$ ), минимальное - при малых формах на 34,3%. Значительный прирост МДА в эритроцитарной массе происходит при диссеминированном – в 3,05 раза ( $p < 0,05$ ) и при инфильтративном в 2,62 раза 162,38% ( $p < 0,05$ ), менее выражено изменение при кавернозном ТБ легких - увеличение в 2,26 раза ( $p < 0,05$ ) и минимальное при малых формах ТБ легких в – 1,6 раза.

**Заключение.** ТБ вызывает развитие окислительного стресса, степень которого усиливается в зависимости от распространенности туберкулезного процесса и тяжести состояния пациентов. Приведенные результаты свидетельствуют о важной роли процессов ПОЛ в патогенезе ТБ, что необходимо учитывать при патогенетической терапии.

#### *Литература*

1. Руководство по легочному и внелегочному туберкулезу / Под ред. Ю.Н. Левашева, Ю.М. Репина. – Санкт – Петербург: ЭЛБИ – СПб, 2006. – 516 с.