

По окончании терапии у 76,9 % пациентов, которые имели какие-либо отклонения по уровням ТТГ, Т4 и (или) анти-ТПО через 6 месяцев после начала КПВТ эти показатели вернулись к исходным значениям. Статистически достоверные различия между значениями маркеров (ТТГ, Т4 и анти-ТПО) до и через 6 месяцев после окончания КПВТ отсутствовали ( $p = 0,43$ ,  $p = 0,81$ ,  $p = 0,38$ ).

Через 6 месяцев после окончания КПВТ у 9,5 % человек выявлялся манифестный тиреотоксикоз. В свою очередь у 19 % пациентов наблюдался субклинический гипотиреоз. Все пациенты с манифестным тиреотоксикозом и субклиническим гипотиреозом имели повышенные значения анти-ТПО от 36,29 до 1274,5 МЕ/мл, что указывало на наличие аутоиммунного поражения щитовидной железы.

Более высокий уровень значений ТТГ, Т4 и анти-ТПО через 6 месяцев после окончания КПВТ ассоциирован с неблагоприятными полиморфизмами (Т/Т и С/Т) на участке 12979860 гена IL-28В ( $\tau = -0,764$ ,  $p = 0,001$ , 95 % ДИ =  $-1,0 - -0,408$ ;  $\tau = -0,667$ ,  $p = 0,0025$ ;  $\tau = -0,764$ ,  $p = 0,001$ , 95 % ДИ =  $-1,0 - -0,408$ ) и с неблагоприятными полиморфизмами (G/G и T/G) на участке 8099917 гена IL-28В ( $\tau = -0,535$ ,  $p = 0,02$ , 95 % ДИ =  $-0,816 - -0,250$ ;  $\tau = -0,272$ ,  $p = 0,17$ , 95 % ДИ =  $-0,612 - -0,167$ ;  $\tau = -0,535$ ,  $p = 0,0198$ , 95 % ДИ =  $-0,816 - -0,250$ ).

### **Выводы**

Проведение КПВТ у пациентов с ХВГС приводит к нарушению функции щитовидной железы. Через 3 месяца после начала КПВТ у пациентов с ХВГС в 47,6 % случаях развивается аутоиммунное поражение щитовидной железы. У трети пациентов аутоиммунный тиреоидит сопровождается развитием субклинического и манифестного тиреотоксикоза, который в 71,4 % случаев самостоятельно купируется к 6 месяцу КПВТ.

Проведение КПВТ через 6 месяцев от начала терапии приводит у пациентов с ХВГС к развитию субклинического и манифестного гипотиреоза в 61,9 % случаях. Аутоиммунная этиология развития гипотиреоза наблюдается у 42,9 % пациентов.

Субклинический и манифестный тиреотоксикоз, возникший через 3 месяца от начала терапии, как и субклинический и манифестный гипотиреоз, развившийся через 6 месяцев от начала лечения, в большинстве случаев разрешается и не требует отмены КПВТ.

Пациенты с неблагоприятными по прогнозу КПВТ полиморфизмами (G/G и T/G) на участке 8099917 гена IL-28В к 6 месяцу от начала лечения более подвержены развитию аутоиммунного поражения ЩЖ.

Пациенты с неблагоприятными по прогнозу КПВТ полиморфизмами (Т/Т и С/Т) на участке 12979860 гена IL-28В и полиморфизмами (G/G и T/G) на участке 8099917 гена IL-28В через 6 месяцев после окончания КПВТ более подвержены развитию аутоиммунного поражения ЩЖ с манифестным тиреотоксикозом и субклиническим гипотиреозом.

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Гепатит С [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs164/ru>. — Дата доступа: 20.09.2017.
2. Шуляк, Ж. В. Патогенетическое значение полиморфизмов гена IL-28в в участках rs12979860 и rs8099917 в развитии хронического вирусного гепатита С у пациентов юго-восточного региона Республики Беларусь / Ж. В. Шуляк, Е. И. Михайлова // Проблемы здоровья и экологии. — 2016. — Т. 4, № 50. — С. 32–36.

**УДК 378-057.875-056.4:796**

## **СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК ТЕМПЕРАМЕНТА СТУДЕНТОВ ПЕРВОКУРСНИКОВ ОТНЕСЕННЫХ К ОСНОВНОЙ И СПЕЦИАЛЬНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ГРУППАМ ЗДОРОВЬЯ**

*Сергеенко А. Н., Сергеенко Н. И.*

**Учреждение образования  
«Гомельский государственный медицинский университет»  
г. Гомель, Республика Беларусь**

### **Введение**

В настоящее время все чаще психологи заявляют о влиянии психики на здоровье человека. Публикаций на эту тему так много, что фактически можно говорить об «экспансии»

психологии на здоровье людей [2]. Данные современной нейрофизиологии подтверждают обоснованность этой «экспансии». Таким образом, изучение психических составляющих личности, таких как свойства темперамента, ставятся во главу угла у многих исследователей.

Мы предположили, что не только психика влияет на состояние здоровья, но и разница в состоянии здоровья найдет свое отражение в выраженности характеристик темперамента.

### **Цель**

Выявить различия психологических свойств темперамента студентов 1-го курса, относенных к основной и специальной группам здоровья.

### **Материал и методы исследования**

Анализ научно-методической литературы, исследование студентов 1 курса относящихся к различным группам здоровья (СМГ, основная) с помощью опросника, математическая обработка полученных результатов [1].

### **Результаты исследования и их обсуждение**

Для выявления зависимости между состоянием здоровья и психологической характеристикой темперамента было протестировано 80 студентов ГомГМУ случайной выборки. По 20 студентов-первокурсников из основной и 20 специальной медицинской групп здоровья в 2016 г. и столько же студентов-первокурсников в 2017 г. С помощью опросника были продиагностированы следующие полярные свойства темперамента: экстраверсия – интроверсия, ригидность – пластичность, эмоциональная возбудимость – эмоциональная уравновешенность, темп реакции (быстрый – медленный), активность (высокая – низкая) и, кроме того, искренность испытуемых в ответах на вопросы. Ненадежные результаты не учитывались. В результате были получены следующие данные:

В 2016 г. Основная группа характеризовалась высокой искренностью (13,4 балла), средней экстраверсией – интроверсией (14,8 баллов), средней эмоциональной возбудимостью (10,8 баллов), средним темпом реакции (12 баллов), высоким уровнем ригидности (12,8) и низкой активностью (10 баллов).

Специальная медицинская группа характеризовалась высокой искренностью (13,6 баллов), средней экстраверсией – интроверсией (15,2 балла), высокой ригидностью (13,1 балла), средней эмоциональной возбудимостью (8,7 балла), быстрым темпом реакции (14 баллов) и низкой активностью (12,9 баллов).

В 2017 г. Основная группа характеризовалась средней искренностью (12,5 балла), средней экстраверсией – интроверсией (12 баллов), высокой эмоциональной возбудимостью (14 баллов), средним темпом реакции (9,9 баллов), высоким уровнем ригидности (13,2) и низкой активностью (13 баллов).

Специальная медицинская группа характеризовалась средней искренностью (12 баллов), средней экстраверсией – интроверсией (13,6 балла), высокой ригидностью (12,9 балла), средней эмоциональной возбудимостью (10,9 балла), быстрым темпом реакции (14 баллов) и средней активностью (15 баллов).

Сравнительный анализ основных групп. Ригидность – пластичность. Отмечается стабильно высокая в 2016 и в 2017 гг. Эмоциональная возбудимость – эмоциональная уравновешенность: в 2016 г. — средняя, в 2017 г. — высокая. Однако стоит отметить, что высокий показатель 2017 г. находится на самой нижней границе высокого показателя эмоциональной возбудимости. Темп реакции: в основной группе средний в 2016 и 2017 гг. Активность: в 2016 и 2017 гг. — низкая. Экстраверсия – интроверсия: средняя в 2016 и 2017 гг.

Сравнительный анализ специальных медицинских групп. Ригидность – пластичность: высокая в 2016 и 2017 гг. Эмоциональная возбудимость – эмоциональная уравновешенность: средняя в 2016 и 2017 гг. Темп реакции: в 2016 г. зафиксирован быстрый темп реакции (нижняя граница). В 2017 г. — средний, однако реальная разница составила всего лишь 0,2 балла, т. к. показатель 2017 г. находится на верхней границе среднего показателя темпа реакции. Активность: в 2016 г. низкая, но близко к верхней границе низкого показателя. В 2017 г. отмечается средняя активность, но показатель располагается рядом с нижней границей среднего показателя. Экстраверсия – интроверсия: в обоих годах средняя.

### **Выводы**

1. Показатели психологических характеристик темперамента основных групп практически идентичны, за исключением шкалы эмоциональной возбудимости – эмоциональной уравновешенности, но показатели за 2016 и 2017 гг. находятся рядом и можно сделать вывод о том, что результаты схожи.

2. Показатели психологических характеристик темперамента специальных медицинских групп идентичны по шкалам ригидность – пластичность, эмоциональная возбудимость – эмоциональная уравновешенность, экстраверсия – интроверсия. Различия в темпе реакции находятся в разных градациях шкалы, но реальные показатели различаются мизерно и таким образом мы делаем вывод о статистически схожих показателях темпа реакции. Активность также различается, но, как и в случае с темпом реакции показатели находятся рядом и можно также сделать вывод о статистически схожих показателях активности.

3. Показатели за 2016 и 2017 гг. отличаются очень мало и в основной группе и в специальной медицинской группе.

4. Необходимо подтвердить корреляцию большей статистической выборкой.

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Практическая психодиагностика: методика и тесты / под ред. Д. Я. Райгородского. — М.: БАХРАХ-М, 2003. — С. 30–34.
2. Ананьев, Б. Г. Психология и проблемы человекознания / под ред. А. А. Бодалева. — М.: Издательство «Институт практической психологии»; Воронеж: НПО «МОДЕК», 1996. — С. 282–284.

**УДК 616.233-002-053.2:613.2**

## **ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОБСТРУКТИВНОГО БРОНХИТА У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ ПИТАНИЯ**

*Сергейчик Л. С., Петрова М. Н., Зарянкина А. И.*

**Учреждение образования  
«Гомельский государственный медицинский университет»  
г. Гомель, Республика Беларусь**

### **Введение**

По данным Всемирной организации здравоохранения, в структуре причин обращений к педиатру до 70 % случаев приходится на острые респираторные заболевания. Среди детского населения их частота на одного ребенка составляет в среднем 6–10 случаев в год, что делает острые респираторные инфекции одной из наиболее частых заболеваний в детской популяции [1, 3].

В последнее десятилетие отмечается стабильный рост распространенности данной клинической формы острого бронхита у детей первого года жизни [4, 5]. Формирование обструктивного бронхита при инфекционном поражении бронхиального дерева определяется анатомо-физиологическими особенностями детского организма, а также характером и выраженностью воспалительного процесса, что является результатом взаимодействия генетических, медико-биологических и социально-гигиенических факторов [2, 3, 5].

Нередко бронхиальная обструкция может быть первым проявлением различных заболеваний органов дыхания и зачастую определяет как тяжесть течения основного заболевания, так и его прогноз. Во многих случаях патология легких, проявляющаяся бронхиальной обструкцией, своими корнями произрастает из самого раннего детского возраста, продолжается в старшем детском возрасте и в зрелом возрасте является одной из причин нетрудоспособности и инвалидности. В связи с этим важно как можно раньше диагностировать заболевание, приведшее к обструктивным нарушениям в дыхательных путях [3].

Наиболее часто обструктивные бронхиты отмечаются у детей с отягощенным семейным анамнезом по аллергии, хроническими расстройствами питания [2, 5].

Хронические расстройства питания у детей (дистрофии) — результат недостаточного либо избыточного поступления, либо усвоения питательных веществ. Эти заболевания ха-