

лавсановой нитью № 6 по Кюнео а связывание нитей производится под визуальным контролем. Для этого над местом разрыва выполняется Г – образный разрез кожи 2 * 1 см в которую выводят концы нитей. При натягивании нитей «разволокненные» концы сухожилия вставляются друг в друга и предварительно не иссекается. После связывания нитей вполне возможно наложение двух адаптирующих швов. Область шва укрепляется лоскутом сухожилия влагалища. По данной методике прооперировано 86 больных (51.5 %). Из них мужчин 62 человека , женщин 24 . Приведенная методика имеет преимущество как открытого так и закрытого шва , сохраняется кровоснабжение на достаточном для срастания уровне. Неудовлетворительных результатов не отмечено.

На основе медико-биологических исследований изучены общие и местные реакции организма двух видов животных на полиуретаны СКУ-ПФЛ и установлена адекватность его тканям ОДС (заключение отдела исследований и испытаний полимерных материалов ВНИИМТ от 16.03.77). После разрешения комиссии по аппаратам и приборам, применяемые в т/о, разработаны методика применяемая для укрепления шва полиуретаном СКУ-ПФЛ. У 42 собак сухожилия задних лап Z-образным разрезом иссекались и склеивались полиуретаном СКУ-ПФЛ по плоскости рассечения и дополнили швом в том числе и чрезкожным у пяточного бугра. В эксперименте через месяц в местах склеивания наблюдалось утолщение плотное на ощупь . На разрезе обнаруживали эластомер, не изменявший на всем двухгодичном сроке эксперимента своего цвета и эластичности. По этой причине полиуретан годен только для укрепления шва что и выполнили у 9 больных (5.4%).

Адгезия с тканями у разбираемого полиуретана СКУ-ПФЛ достаточно высока 140-160 кгс/см². Т реакции полимеризации его равна 36°, отсюда и понятно отсутствие воспалительных и некробиотических процессов. После операции конечность придается возвышенному положению. С 7го дня необходимо статически напрягать икроножную мышцу. Назначаются токи Бернара. Через 3-4 недели стопа переводится в среднефизиологическое положение, и назначается массаж , аппликации и фонофорез лидазы по А.С. Мартенс. В комплексе ЛФК следует предусмотреть движения в воде и восстановления навыков ходьбы, подкладывая под пятку эластичные прокладки из поролона и губки. Занятия спортом можно начинать через 4-8 месяцев.

Система реабилитации больных с ПРАС должна предусматривать и лечение хронических заболеваний, особенно мочеполовой сферы и печени. Ахиллодению нужно рассматривать как стадию предразрыва и лечить ее путем малотравматичного и укрепляющего шва.

В свежих случаях (3-5 дней) – это шов, накладываемый закрытым или полузакрытым способом, а в некоторых случаях и открытый. При застарелых повреждениях (7-10 дней) предпочтительнее пластика дефекта лавсановой нитью с учетом данных МРТ, УЗИ.

Отдаленные результаты прослежены у 34 больных. Результаты считались хорошими если у больных не

возникало никаких неприятных ощущений в поврежденной конечности , сила мышц голени была одинакова и больные , не хромяя, могли ходить и бегать. При слабости мышц голени, сила которых оценивалась по длительности стояния на носках , легкой хромоте и болевых ощущениях при перегрузках результат оценивался как удовлетворительный. При выраженном цианозе и отеке, болях, постоянной хромоте считался плохим.

Гипотрофия мышц была отмечена у 24 больных . Результаты оказались следующими: хорошее у 23, удовлетворительные у 7 и плохие у 4х . Последние были направлены на повторную операцию . У всех больных, которым шов выполнен полузакрытым способом , результаты оказались хорошими.

Выводы:

1. В группе риска повреждения АС можно укреплять АС на стадии предразрыва.
2. Применение полимера имело оправдание только для укрепления шва, особенно к кости
3. При свежих ПРАС нужно использовать закрытый или полузакрытый способ наложения шва, при застарелых же- лавсанопластику лентой.
4. При отрывах АС от места прикрепления шов нужно покрывать полиуретаном СКУ-ПФЛ.
5. Больным с такого рода патологией должны находится на диспансерном наблюдении и лечиться от обнаруженных хронических заболеваний, особенно мочеполовой сферы.

Литература.

- 1- Зулкарнеев Р.А. Экспресс- эндопротезирование с использованием быстродействующих полимеров в медицине. «Казань» изд. КГУ – 1984- 211с.
- 2- Краснов А.Ф., Двойников С.И. Способы пластики ахиллова сухожилия при его повреждениях – Метод рекомендации М. 1989- 18с
- 3- Куслик М.И. // В кн.: «Спортивная медицина»: - М., 1959 С. 434-435
- 4- Pepe G., Ingegneros L., Pepe F etc // Minerva chir, - 1987 . Т.42, N 10 .- р. 204-208

024. ИССЛЕДОВАНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО СТРЕССА У ВРАЧЕЙ ТЕРАПЕВТОВ УЧАСТКОВОЙ ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НЕВСКОГО РАЙОНА САНКТ-ПЕТЕРБУРГА

Лымаренко В. М.¹, Леонтьев О. В.¹, Гордиенко А.В.¹, Сидоренко В.А.², Лейчинский С.В.², Сорокин Н.В.¹

¹Военно-медицинская академия, Санкт-Петербург.

²МЧС МВД РФ по СПб и ЛО

783-21-07, 417-37-51, 8-921-982-96-01, e-mail:

ler007@mail.ru

Резюме. Показано, что хронический профессиональный стресс способствует формированию психоэмоционального напряжения у медицинских работников и является компонентом синдрома профессионального выгорания. На формирование

последнего влияют индивидуальные особенности личности, характер межличностных отношений и факторы организации профессиональной деятельности. Используемые многими исследователями методики и оценки синдрома профессионального выгорания рассматриваются вне зависимости от физиологических характеристик, что затрудняет интерпретацию результатов исследования и привносит элемент субъективизма. Установлено, что ежегодные диспансерные обследования необходимо дополнить исследованиями вегетативного тонуса сердечно-сосудистой системы, определением факторов риска, что позволит более точно диагностировать синдром профессионального выгорания. Предложенный комплекс методик позволяет определить степень выраженности профессионального стресса, особенности его формирования и основные звенья патогенеза психовегетативных расстройств.

Предложены практические рекомендации в виде внедрения в лечебно-профилактических учреждениях системы профилактики хронического профессионального стресса. Последняя состоит из диагностического и профилактического этапов на которых проводятся мероприятия первичной, вторичной и третичной профилактики на индивидуальном, межличностном и организационном уровнях, что позволяет значительно сократить выраженность профессионального стресса у врачей и повысить их профессиональное долголетие.

Ключевые слова: хронический профессиональный стресс, синдром профессионального выгорания, диспансерное обследование, вегетативный тонус, психовегетативные расстройства, поликлиника, участковый терапевт.

Study chronic professional stress at doctors of branches of the first help of the Neva district of the city Sent-Petersburg

Abstract. It is shown that chronic stress contributes to the formation development of emotional stress in health care workers and is a component of the burnout syndrome. On the formation of the latter affect individual personality characteristics, the nature of interpersonal relations and factors of the organization of professional activity. Used by many researchers evaluation of professional burnout syndrome are considered regardless of the physiological characteristics, which complicates the interpretation of study results, and introduces an element of subjectivity. It is shown that annual survey is necessary to supplement dispensary studies of autonomic tone of the cardiovascular system, identifying risk factors that would more accurately diagnose the syndrome of professional burnout. The proposed set of methods to determine the severity of occupational stress, the peculiarities of its formation and main elements of the pathogenesis of psycho-vegetative disorders.

Offered the practical recommendations in the form of implementation in hospitals of prevention of chronic occupational stress. The latter consisting of diagnostic and preventive steps, on which the activities of primary, secondary and tertiary prevention at the individual, interpersonal and organizational level, which significantly reduces the severity of professional stress of physicians and improve their professional longevity.

Keywords: Chronic occupational stress, burnout syndrome, outpatient examination, autonomic tone, psycho-vegetative disorders.

Введение. Медицинские работники участковой поликлинической медицинской помощи остаются в числе наименее социально защищенных профессий, как в социально-экономическом, так и в профессиональном отношении. Это обусловлено относительно низким уровнем заработной платы, длительным периодом существенного снижения качества жизни работников данной профессии, ростом профессиональной ответственности, а также обострением противоречий между профессиональным и нравственным долгом и возможностями оказания высококвалифицированной медицинской помощи населению в современных условиях работы [2].

В современном обществе отмечается утяжеление ряда заболеваний, связанных с недостаточной организацией первичной медицинской помощи, резистентностью ряда этиологических факторов к терапии, а также увеличением ожиданий и запросов у пациентов при недостаточных ресурсных возможностях системы здравоохранения. Эти факторы способствуют увеличению напряженности труда у работников ряда медицинских специальностей. В дальнейшем такие состояния могут привести к психовегетативным расстройствам.

Значительные профессиональные эмоциональные и физические нагрузки испытывают и врачи участковой поликлинической медицинской помощи Невского района Санкт-Петербурга. Их профессия связана с высоким уровнем ответственности и малой степенью свободы в принятии самостоятельного решения. Участковые врачи-терапевты оказывают медицинскую помощь большому количеству пациентов в короткие сроки, имеют постоянные переработки и работают в режиме «тревожного ожидания» или хронического стресса. Для примера: в Невском районе Санкт-Петербурга ежегодно регистрируется более 800 тыс. случаев обращений к участковым терапевтам.

Хронический профессиональный стресс умеренной интенсивности способствует формированию у врачей участковой поликлинической медицинской помощи психоэмоционального напряжения, как компонента синдрома профессионального выгорания. Проведенные исследования показывают, что он может развиваться у 30–50 % врачей [12, 18, 31].

Всемирная организация здравоохранения определяет «синдром выгорания» как физическое, эмоциональное или мотивационное истощение, характеризующееся нарушением продуктивности в работе, усталостью, бессонницей, повышенной подверженностью к соматическим заболеваниям, употреблению алкоголя или других психоактивных веществ и суицидальному поведению. В МКБ-10 «синдром выгорания» отнесен в диагностический таксон Z 73 – «Проблемы, связанные с трудностями управления своей жизнью» и шифруется Z 73.0 – «выгорание».

Синдром профессионального выгорания (СПВ) имеет междисциплинарный характер и представляет предмет изучения для психологов, социологов, организаторов и практикующих врачей [4, 12, 17, 21, 31,

33]. Системный анализ проблемы предполагает рассматривать СПВ в совокупности всех его проявлений: эмоциональном, когнитивном, мотивационном, поведенческом и соматическом уровнях.

Под СПВ нами понимается процесс развития хронического профессионального стресса умеренной интенсивности, вызывающий деформацию личности профессионала и приводящий к психовегетативным расстройствам.

Используемые многими исследователями методики оценки СПВ порой излишне субъективны, рассматриваются вне зависимости от физиологических характеристик, не выявляют все факторы риска формирования психовегетативных расстройств у лиц, находящихся в условиях напряженной профессиональной деятельности и подверженных хроническому профессиональному стрессу. Это затрудняет интерпретацию результатов исследования и приводит к определённому элементу субъективизма. Проведение медицинским работникам целенаправленных профилактических мероприятий в рамках ежегодных диспансерных обследований будет способствовать выявлению факторов риска и оптимизации оценки психоэмоционального напряжения.

Изучение причин СПВ позволяет формировать его концептуальные модели. Наиболее распространенной является трехфакторная модель СПВ, разработанная К. Маслач и ее коллегами [36]. Модель включает оценки эмоционального истощения, деперсонализации и редукции личностных достижений (рис. 1). Установлено, что формированию СПВ способствуют индивидуальные особенности, характер межличностных отношений и факторы организации профессиональной деятельности.



Рис. 1. Концептуальные модели профессионального выгорания (по С. Maslach, 1999)

Хронический профессиональный стресс умеренной интенсивности может выступать как пусковой механизм многих заболеваний, в том числе и

заболеваний сердечнососудистой системы. В отечественной литературе предложен термин «стрессорная кардиомиопатия», обозначающий «невоспалительное, некоронарогенное заболевание миокарда, обусловленное воздействием стресса и/или низкой стрессоустойчивостью организма, и проявляющееся нарушением электрогенеза миокарда, аритмиями и/или развитием систолической и диастолической дисфункции» [7, 30, 35]. Именно такая формулировка позволяет учитывать всю совокупность внешних и внутренних воздействий на миокард, возможность одновременного влияния физического и психоэмоционального стресса, включает особенности клинического развития данной патологии и соответствует существующей классификации ВОЗ.

Цель исследования. Изучение СПВ как психовегетативного расстройства при воздействии хронического профессионального стресса у врачей терапевтов участковой поликлинической медицинской помощи. Определение возможности его диагностики в рамках ежегодных диспансерных обследований на основе исследования вегетативного тонуса сердечно-сосудистой системы.

Материалы и методы. Напряженность труда врачей разных специальностей исследовали при помощи специально разработанной анкеты. Суть анкеты заключалась в том, что респондентам предлагали оценить тяжесть труда (физическая характеристика), напряженность труда (психическое и эмоциональное напряжение) и наличие профессиональных вредностей от 1 до 10 баллов (1 балл – наибольшая, 10 – наименьшая оценка выраженности). Вычислялись средние баллы по каждой характеристике труда, которые затем ранжировались. В исследовании приняло участие 814 врачей лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ) Невского района Санкт-Петербурга. По итогам исследования выделились специалисты с наибольшими профессиональными нагрузками. Это врачи скорой медицинской помощи, врачи-травматологи, врачи участковой поликлинической медицинской помощи.

Обследовано 114 врачей участковой поликлинической медицинской помощи медицинских организаций. Мужчин в выборке было 22, женщин – 92. Полученные результаты по половому критерию оценки подтверждают данные научной литературы о том, что удельный вес женщин работающих в медицинских учреждениях выше, чем мужчин. В нашем исследовании среди врачей участковой поликлинической медицинской помощи ЛПУ женщин преобладающее количество – 80,7% (рис. 2).

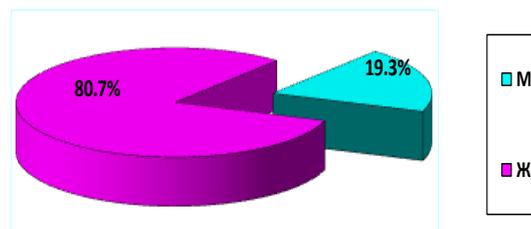


Рис. 2. Распределение врачей участковых терапевтов с учетом половых различий (%)

Полученные данные по возрастному критерию оценки говорят о том, что в Невском районе Санкт-Петербурга работают преимущественно врачи участковые терапевты со стажем работы свыше 10 лет (67,5%) и около половины специалистов работает в возрасте свыше 50 лет (48,2%). Молодых специалистов в возрасте до 30 лет работает всего 14.0% (рис. 3).

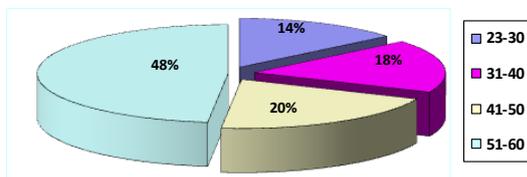


Рис. 3. Распределение врачей участковых терапевтов с учетом возраста (%).

Уровень выраженности СПВ определяли при помощи методики Maslach Burnout Inventor (вариант для медицинских работников в адаптации Н.Е. Водопьяновой – далее методика МВИ) [36] и опросника «Синдром эмоционального выгорания» В.В. Бойко [4]. Наличие

Таблица 1

ИЗУЧАЕМОЕ КАЧЕСТВО, МЕТОДИКИ ЕГО ИЗУЧЕНИЯ И КОЛИЧЕСТВО ОБСЛЕДОВАННЫХ ВРАЧЕЙ

№ п/п	Изучаемое качество	Диагностический критерий	Количество
1.	Профессиональное выгорание	Maslach Burnout Inventor (МВИ)	114
		Опросник В.В. Бойко	114
2.	Напряженность труда	Авторская анкета	114
3.	Экспертные оценки адаптации	Авторская анкета	114
4.	Вегетативный тонус	Методика А. Вейна	46

Исследование СПВ производилось в три этапа: диагностический (рис. 2), оценки наличия СПВ и профилактический.

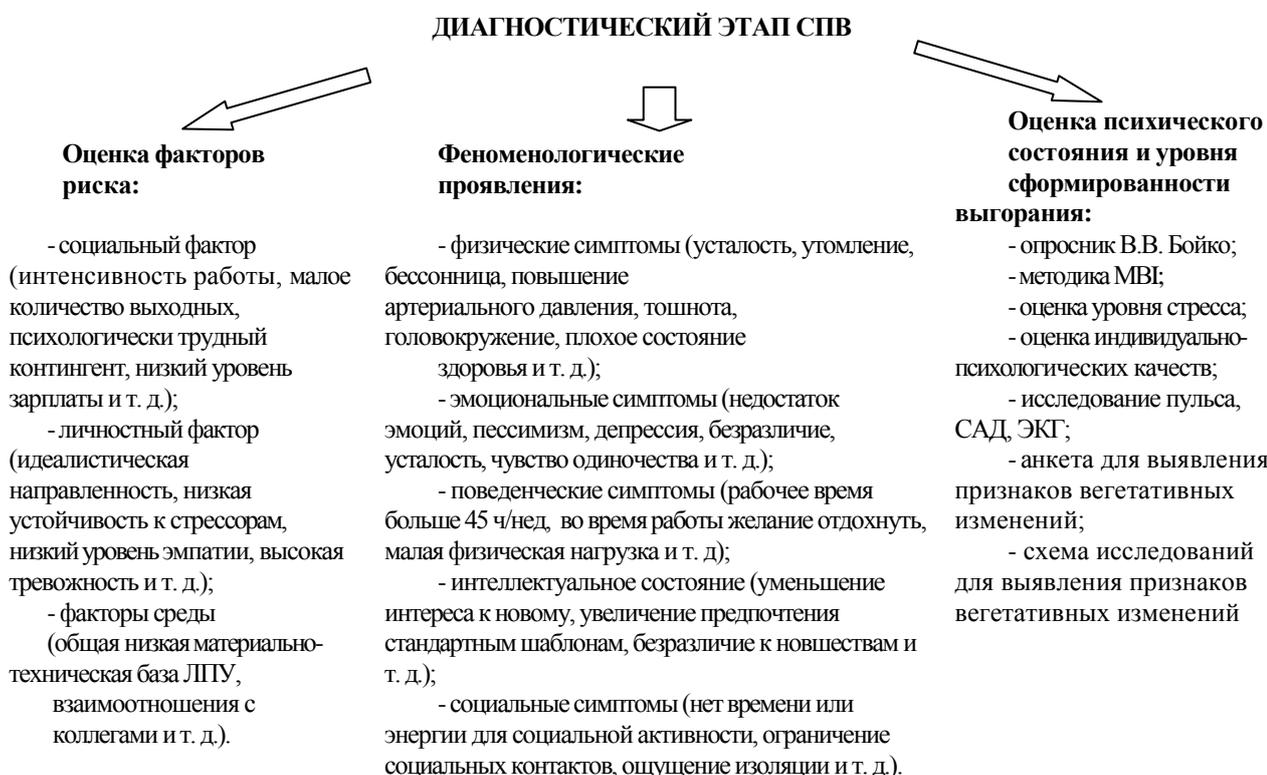


Рис. 2. Схема диагностики СПВ.

высокого уровня выгорания по методике МВИ оценивали по высоким уровням выраженности шкал эмоционального истощения и цинизма и низком уровне выраженности шкалы личных достижений (т.е. высокий уровень редукции достижений). По методике В.В. Бойко фаза развития симптома СПВ является сформированной – при 61 балл и более, отдельно взятый симптом является доминирующим – при 20 баллов и более.

Для исследовании психовегетативного дисбаланса были выделены 2 группы врачей, не имеющие ранее выявленных заболеваний сердечно-сосудистой системы и не предъявляющих активных жалоб. Первая группа - 19 человек с выраженными признаками СПВ по всем фазам, вторая группа - 27 человек без обнаруженных признаков СПВ или слабыми признаками по 1-2 фазам.

Изучение психовегетативного статуса проводилось по методике А.Вейна [10], включающей исследование вегетативного тонуса сердечно-сосудистой системы по пульсу, систолическому артериальному давлению (САД), данным электрокардиограммы (ЭКГ).

Изучаемое качество, методики его изучения и количество обследованных представлены в табл. 1.

Результаты и их обсуждение. Уровень выраженности СПВ и показатели личностных искажений по методике МВІ врачей участковых терапевтов представлены на рис. 4. Из рисунка следует, что у обследованных врачей уровень формирования СПВ средний и проявляется в форме деперсонализации и редукции профессиональных достижений.

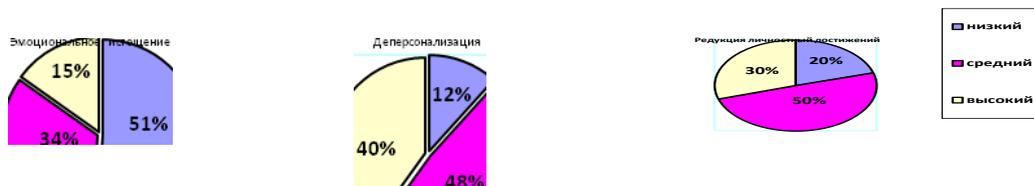


Рис. 4 – Уровень выраженности СПВ по показателям личностных искажений у медицинских работников в группе врачей участковых терапевтов (%).

Этот результат согласуется с мнением Н.Е. Водопьяновой и Е.С. Старченковой [12], что профессиональная деятельность формирует у врачей уменьшение субъективной значимости и удовлетворенности от своей работы, а это вызывает стремление сократить круг своих профессиональных обязанностей, обесценивает межличностные отношения, снижает эмпатию, способствует появлению разочарования и профессиональной неэффективности.

По опроснику В.В. Бойко у врачей участковых терапевтов доминируют симптомы «выгорания» Р-1 и Р-4: неадекватное избирательное эмоциональное реагирование и редукция профессиональных обязанностей (рис 5). Полагаем, что у врачей данной специальности усиливается осознание психотравмирующих факторов профессиональной деятельности, они перестают различать разницу между двумя принципиально отличающимися явлениями: экономичным проявлением эмоций и неадекватным избирательным эмоциональным реагированием. Это ведёт к поиску возможностей облегчения или сокращения функциональных обязанностей, которые требуют эмоциональных затрат.

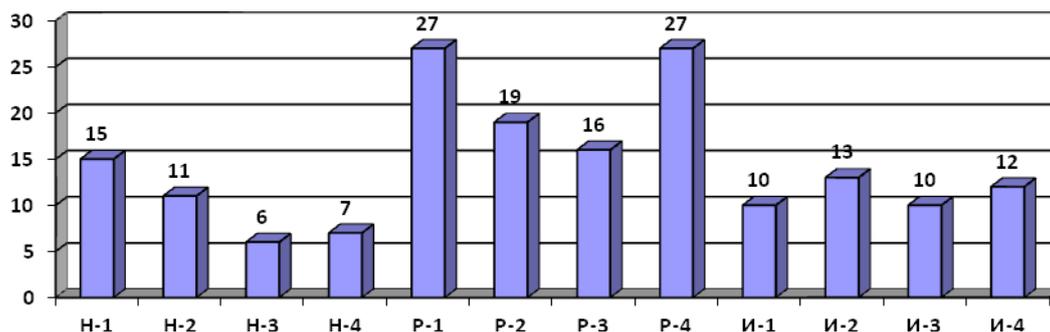


Рис. 5. Структура сформированности симптомов СПВ (по В.В. Бойко, 1999)

Симптомы: Н-1 – переживание психотравмирующих обстоятельств; Н-2 – неудовлетворенность собой; Н-3 – «загнанность в клетку»; Н-4 – тревога и депрессия; Р-1 – неадекватное избирательное эмоциональное реагирование; Р-2 – эмоционально-нравственная дезориентация; Р-3 – расширение сферы экономии эмоций; Р-4 – редукция профессиональных обязанностей; И-1 – эмоциональный дефицит; И-2 – эмоциональная отстраненность; И-3 – личностная отстраненность или деперсонализация; И-4 – психосоматические и психовегетативные нарушения; Н-1-Н-1 - напряжение; Р1-Р4 – резистентность; И1-И4 – истощение.

У 3% обследованных врачей участковых-терапевтов сформированных симптомов СПВ по опроснику В.В. Бойко не выявлено. Сформированные три симптома в фазе определились у 3-89%, а четыре симптома – у 2-64% врачей. Определены высокие положительные корреляционные связи ($r = 0,72$; $p < 0,001$) между количеством сформированных симптомов и общей оценкой фаз опросника В.В. Бойко.

Степень выраженности СПВ: в фазе напряжения – $39,4 \pm 3,2$ балла, в фазе резистенции – $89,6 \pm 6,4$ баллов, в фазе истощения – $45,3 \pm 4,8$ балла. Из них по фазе напряжения – у 14% обследованных, по фазе резистенции – у 72% обследованных, по фазе истощения – у 18% обследованных (рис 6).

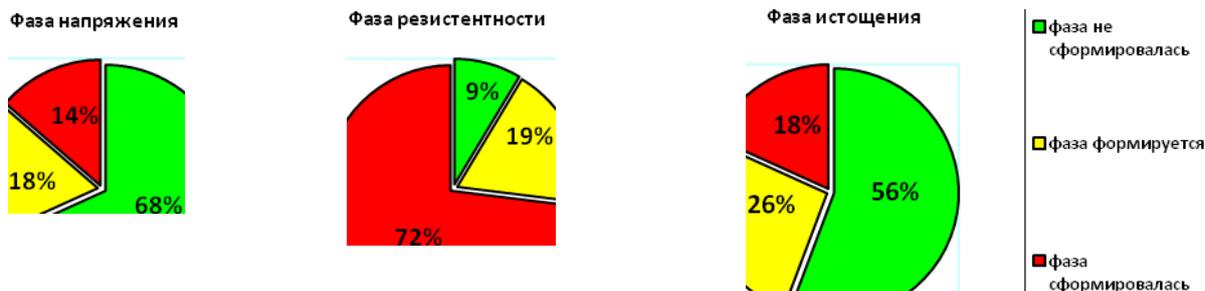


Рис. 6 – Уровень выраженности СПВ по показателям личностных искажений у медицинских работников в группе врачей-участковых терапевтов (%)

При отсутствии сформированных симптомов средняя оценка фазы опросника В.В. Бойко составляла $32,4 \pm 3,3$ балла, при сформированном одном симптоме – $46,2 \pm 1,8$ балла, при двух – $52,1 \pm 3,1$ балла, при трех – $71,5 \pm 2,3$ балла, а при четырех – $84,1 \pm 4,6$ балла. Однако, сопоставление баллов, полученных для фаз, не правомерно, ибо не свидетельствует об их относительной роли или вкладе в синдром. Дело в том, что измеряемые в них явления существенно разные: реакция на внешние и внутренние факторы, приемы психологической защиты, состояние нервной системы. По количественным показателям правомерно судить только о том, насколько каждая фаза сформировалась или какая фаза сформировалась в большей или меньшей степени.

Полагаем, что сформированность трех симптомов в фазе может свидетельствовать о формировании СПВ, а четырех симптомов – о сформированности СПВ.

Сформированность СПВ по опроснику В.В. Бойко отмечается у 2-14% врачей участковых терапевтов поликлинических медицинских учреждений.

Анализ данных полученных в результате ежегодных диспансерных обследований у «практически здоровых» врачей I и II групп выявил у 86% врачей I группы и у 23% врачей II группы наличие психовегетативного дисбаланса. Установлено, что психовегетативный дисбаланс, имевший место у обследуемых был обусловлен преобладанием симпатических влияний. Дисбаланс проявлялся в виде жалоб астенического характера, лабильной тахикардии, повышением САД, повышением зубца Р во II-III отведениях, смещением интервала S-T ниже изолинии и уплощенным зубцом Т.

Полученные результаты позволили разработать и внедрить в лечебно-профилактических учреждениях практические рекомендации по профилактике СПВ. Рекомендации состоят из диагностического и профилактического этапов, на которых проводятся мероприятия первичной, вторичной и третичной профилактики на индивидуальном, межличностном и организационном уровне (рис. 7). Это позволяет сократить выраженность СПВ у врачей участковых терапевтов.

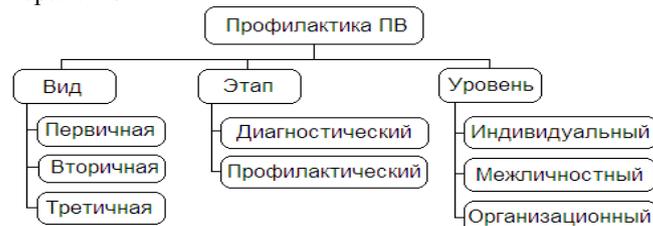


Рис. 7. Основные мероприятия этапов профилактики СПВ

Диагностический этап предусматривал выявление факторов риска развития СПВ и оценку признаков его формирования.

Врачи участковые терапевты, у которых были выявлены сформированные признаки СПВ и признаки его формирования, были взяты под наблюдение и им проведены психопрофилактические и, отчасти, реабилитационные мероприятия в соответствии с разработанной схемой практических рекомендаций (рис. 8).

Оценка наличия признаков СПВ и фактов риска



саморегуляции;	- обучение приемам	отдыха;
- супервизия;	самовоздействия;	- тренинги (коммуникативный,
- дебрифинг после	- нормализация режима труда и	уверенности в себе);
критической ситуации.	отдыха;	- психологическое
	- супервизия, дебрифинг после	консультирование;
	критической ситуации;	- психокоррекция личност
	- тренинги (коммуникативный,	ных установок;
	уверенности в себе);	- психотерапия;
	- коррекция социально-эконо-	- группы поддержки,
	мического статуса.	баллинтовские группы

Рис. 8. Схема практических рекомендаций профилактики СПВ.

Выявлено, что профилактические мероприятия формировали у врачей культуру эмоций и производственных отношений, повышали профессиональную мотивацию, уменьшали рабочее напряжение, оптимизировали психофизиологическое состояние, выравняли баланс между физическими и психоэмоциональными затратами и получаемым вознаграждением, повышали удовлетворенность от выполненной работы.

О неблагоприятных условиях работы, негативных профессиональных отношениях в лечебных подразделениях, возникновении значительного утомления у конкретного врача информировали руководителя для проведения организационных мероприятий.

Важное место в системе профилактики СПВ отводилось информированию о его проявлениях и преодолению анозогнозии – самооценке и осознанию врачами возникновения у них начальных признаков СПВ. Для формирования у врачей участковых терапевтов привычки самоконтроля за психофизиологическим состоянием по внешним проявлениям эмоций и произвольном подавлении отрицательных эмоций был разработан и использован алгоритм самокоррекции профессионального стресса.

Использование данного алгоритма врачами, позволило им в сложных и экстремальных ситуациях вести себя адекватно. Они стали более ответственно относиться к своей профессиональной деятельности, к пациентам и коллегам. Нормализация психического состояния повышала уверенность в собственных силах, способствовала оптимизации выполнения работ и профилактике формирования СПВ.

Выводы:

1. У части обследованных участковых врачей-терапевтов Невского района Санкт-Петербурга выявлен СПВ, обусловленный хроническим профессиональным стрессом.

2. Сформированный СПВ отмечается у 2-14% участковых врачей-терапевтов ЛПУ и у 3-89% врачей – признаки его формирования. СПВ в фазе истощения выявлен только у 14% обследованных врачей.

3. Низкий уровень сформированности СПВ на фоне напряженной профессиональной деятельности свидетельствует о достаточно выраженных адаптивных возможностях обследованного контингента врачей.

4. Изучение психовегетативного дисбаланса подтвердило положение о том, что хронический стресс ведет к стимуляции адренергической активности.

5. Проводимая ежегодно диспансеризация врачей участковых терапевтов позволяет на ранних этапах выявить группы риска развития синдрома профессионального выгорания.

Литература

1. Авхименко, М.М. Некоторые факторы риска труда медика / М.М. Авхименко // Медицинская помощь. – М. : Медицина, 2003. — № 2. — С. 25—29.

2. Аляветдинов, Р.И. Обеспечение профилактики профессиональных заболеваний у экономически активного населения / Р.И. Аляветдинов, О.Е. Петручук, В.О. Щепин — Казань, 2004. — 216 с.

3. Апчел, В.Я., Стресс и стрессоустойчивость человека / В.Я. Апчел, В.Н. Цыган — СПб. : ВМА, 1999. — 86 с.

4. Бойко, В.В. Синдром «эмоционального выгорания» в профессиональном общении / В.В. Бойко. — СПб. : Питер, 1999. — 105 с.

5. Бондарев, С.А. Нарушения ритма сердца при хронической кардиомиопатии вследствие психоэмоционального перенапряжения / С.А. Бондарев, Э.В. Земцовский, Е.А. Вороненко // Вестник аритмологии. — 2008. — Прилож. А. — С. 150.

6. Бондарев, С.А. Сравнительная характеристика стрессорной кардиомиопатии при физическом и психоэмоциональном перенапряжении / С.А. Бондарев // Теория и практика физической культуры. — 2008. — № 3. — С. 77–80.

7. Бондарев, С.А. Диагностика стрессорной кардиомиопатии вследствие хронического психоэмоционального перенапряжения: Учебно-методическое пособие для студентов, интернов и клинических ординаторов / С.А. Бондарев. – СПб. : СПбГПМА, 2010. – 12 с.

8. Бухарин, В.А., Коррекция функционального состояния водолазов / Бухарин В.А. [и др.] // Гипербарическая физиология и медицина, 1996. – №4. – С. 75–76.

9. Бухарин, В.А., Черный В.С. Способ восстановления функционального состояния и работоспособности у лиц, перенесших экстремальное воздействие / В.А. Бухарин, В.С. Черный // Материалы межвузовской научно-практической конференции – СПб. : Индикатор, 2005. – С. 37–41.

10. Вейн, А.М. Вегетативные расстройства / А.М. Вейн — М. : Мед. инф. агентство, 2003. — 749 с.

11. Винокур, В.А., Профессиональный стресс губит врача / В.А. Винокур, М.Н. Розанова // Медицина Санкт-Петербурга. – СПб. : Изд-во СПб ГУ, 1997. – № 11. – С. 28.

12. Водопьянова, Н.Е. Синдром психического выгорания в коммуникативных профессиях / Н.Е. Водопьянова // Психология здоровья / Под ред. Г.С. Никифорова. — СПб. : Изд-во СПб ГУ, 2000. — С. 443–463.

13. Губин, А.И. Некоторые аспекты качества жизни и профессиональной адаптации медицинских работников / А.И. Губин [и др.] // Вестник психотерапии. — 2007. — № 22. — С. 16–22.

14. Китаев-Смык, Л.А. Психология стресса. / Л.А. Китаев-Смык — М. : Наука, 1983. — 368 с.

15. Косарев, В.В. Профессиональная заболеваемость медицинских работников Самарской области / В.В. Косарев, Г.Ф. Васюкова // Гигиена и санитария. — М. : Медицина, 2004. — № 3. — С. 27–38.

16. Космолинский, Ф.П. Эмоциональный стресс при работе в экстремальных условиях / Ф.П.Космолинский — М. : Медицина, 1976. — 191 с.

17. Лозинская, Е.И. Проявление синдрома перегорания у психиатров и онкологов / Е.И. Лозинская // Обзорение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева. — СПб., 2006. — № 3. — С. 16–19.

18. Лукьянов, В.В. Защитно-совладающее поведение и синдром «эмоционального выгорания» у врачей наркологов, их коррекция и влияние на эффективность лечения больных : автореф. дис. ... д-ра мед. наук. / В.В. Лукьянов. — СПб. : Изд-во инст. психотерапии, 2007. — 57 с.

19. Лымаренко, В.М. Профессиональное выгорание у медицинских работников поликлинических учреждений как предпосылка психосоматической патологии / В.М. Лымаренко // Материалы межвузовской научно-практической конф. с междунар. участием 27-28 декабря 2011 «Психологические проблемы современного общества». — СПб. : МИЭП, 2011. — С. 89–97.

20. Лымаренко, В.М. Синдром профессионального выгорания у врачей травматологических отделений Невского района Санкт-Петербурга / В.М. Лымаренко // Материалы межвузовской научно-практической конф. с междунар. участием 27-28 декабря 2011 «Психологические проблемы современного общества». — СПб. : МИЭП, 2011. — С. 97–105.

21. Малыгин, В.Л. Распространенность синдрома эмоционального выгорания у врачей различных специальностей / В.Л. Малыгин [и др.]. — М. : Московский государственный медико-стоматологический университет, 2008. — С. 23–29.

22. Меерсон, Ф.З. Адаптация, стресс и профилактика / Ф.З. Меерсон. — М. : Наука, 1981. — 278 с.

23. Меерсон, Ф.З. Адаптация к стрессу: механизмы и защитные перекрестные эффекты / Ф.З. Меерсон // Нур. Med. J. — 1993. — N 4. — С. 23–30.

24. Пальцев, М.А. В центре внимания — медицинские кадры / М.А. Пальцев // Медицинская академия. — М. : 2006. — №3. — С. 1–2

25. Ронгинская, Т.И. Синдром выгорания в социальных профессиях / Т.И. Ронгинская // Психологический журнал. — М. : Наука, 2002. — Т. 23. — № 3. — С. 85–95.

26. Сапова, Н.И. Экстремальность, стресс и адаптация / Н.И. Сапова // Материалы конф. «Социально-психологические проблемы государственного

управления в России». — СПб. : Высшая школа экономики, 2005. — С.50–55.

27. Селье, Г. Очерки об адапционном синдроме / Г. Селье // Пер. с англ. - М. : Медицина, 1960. — 254 с.

28. Цыган, В.Н. Функциональное состояние центральной нервной системы в условиях эколого-профессионального перенапряжения / В.Н. Цыган // Тр. Воен.-мед. акад. — СПб., 1994. — С. 101–107.

29. Чирков, Ю.Г. Стресс без стресса / Ю.Г. Чирков — М. : ФиС, 1988. — 176 с.

30. Юматов, Е.А. Сердечно-сосудистые реакции при эмоциональных перенапряжениях / Е.А. Юматов // Физиология человека. — 1980. — N 5. — С. 893–905.

31. Юрьева, Л.Н. Профессиональное выгорание у медицинских работников формирование, профилактика, коррекция / Л.Н. Юрьева. — Киев : Сфера, 2004. — 271 с.

32. Arnold, M.B. Stress and emotion / M.B. Arnold // Psychological stress. — New York : Appleton-Century-Crofts, 1967. — P. 123–140.

33. Burisch, M. In search of a theory: some ruminations on the nature and etiology of burnout / M. Burisch // In Professional burnout: recent developments in theory and research. — London : Taylor and Francis, 1993. — P. 75–93.

34. Burke, R.J. Stress, burnout and health / R.J. Burke, A.M. Richardsen // In Handbook of stress, medicine and health / Ed. C. Cooper. — London : CRC Press, 1996. — P. 101–117.

35. Maron, B.J. How should we screen competitive athletes for cardiovascular disease? / B.J. Maron // European Heart Journal. — 2005. — V.26. — N.5. — P. 428–430.

36. Maslach, C. Teacher burnout: A research agenda. / C. Maslach, M.P. Leiter // A sourcebook of international research and practice conference «Understanding and preventing teacher burnout». — Cambridge : Cambridge University Press, 1999. — P. 295–303.

37. Selye, H. The stress of life / H. Selye. — New York : McGraw-Hill, 1956. — 325 p.

38. Wren, C. Cardiovascular pre-participation screening of young competitive athletes for prevention of sudden death: proposal for a common European protocol / C. Wren, E. Braunwald // Eur. Heart J. — 2005. — Vol. 26, № 17. — P. 46–51.

025. АССОЦИАЦИЯ ПОЛИМОРФНЫХ ВАРИАНТОВ ГЕНОВ СУПЕРОКСИДИСМУТАЗ С РИСКОМ РАЗВИТИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Майкова Е.В.* , д.б.н. Алимова Ф.К.* , к.м.н. Подольская А.А.** , к.б.н. Кравцова О.А.*

*Казанский (Приволжский) федеральный университет, Российская Федерация; кафедра биохимии, Институт фундаментальной медицины

**Казанский государственный медицинский университет, Российская Федерация

Maikova E.V.* , Alimova F.K.* , Podolskaya A.A.** , Kravtsova O.A.*

*Kazan (Volga) Federal University, the Russian Federation;

Department of Biochemistry, Institute of Basic Medicine

**Kazan State Medical University, the Russian Federation