

- ческая обструктивная болезнь легких / под ред. А.Г. Чу-
чалина. — М.: Атмосфера, 2008. — С.322—338.
12. Шмелев, Е.И. Изменение параметров спирометрии форсированного выдоха у больных ХОБЛ (результаты длительного наблюдения) / Е.И. Шмелев, И.Ю. Визель, А.А. Визель // Туберкулез и болезни легких. — 2010. — № 8. — С.50—56.
 13. Comparison of demographic data of patients with COPD treated in primary care by country in European Health-related Quality of Life in COPD study / P.W. Jones, G. Brusselle, T. van der Molen [et al.] // Eur. Resp. J. — 2010. — Vol.36, suppl. 54. — P. 4233.
 14. Primary care physician assessment of COPD severity: European Health-related Quality of Life in COPD study / P. Kardos, P.W. Jones, M.L. Levy [et al.] // Eur. Resp. J. — 2010. — Vol. 36, suppl. 54. — P.4228.

REFERENCES

1. Amirov, N.B. Tabachnaya epidemiya: farmakologicheskie vozmozhnosti bor'by [Tobacco epidemic: pharmacological possibilities of struggle] / N.B. Amirov, T.I. Andreeva // Vestnik sovremennoi klinicheskoi mediciny [Bulletin of modern clinical medicine]. — 2011. — T. IV, vyp. 3. — S.28—33.
2. Osobennosti formirovaniya bronhoobstruktivnogo sindroma u rabotnikov MVD i MCHS, rabotayuschih v avtoinspekcii i v pozharnoi sluzhbe [Peculiarities of bronchial obstruction in the Interior Ministry and the Emergencies Ministry workers working in the traffic police and fire service] / N.B. Amirov, A.A. Vizel', M.V. Potapova [i dr.] // Vestnik sovremennoi klinicheskoi mediciny [Bulletin of modern clinical medicine]. — 2008. — T. I, vyp. 1. — S.95—98.
3. Antonov, N.S. Hronicheskaya obstruktivnaya bolezni' legkih u kuryaschih: rannaya stadiya bolezni [Chronic obstructive pulmonary disease in smokers: the early stage of the disease] / N.S. Antonov, G.M. Saharova // Terapevticheskii arhiv [Therapeutic archive]. — 2009. — № 3. — S.82—84.
4. Global'naya strategiya diagnostiki, lecheniya i profilaktiki hronicheskoi obstruktivnoi bolezni legkih (peresmotr 2008 g.) [Global strategy for the diagnosis, treatment and prevention of chronic obstructive pulmonary disease (revision 2008)] / pod red. A.S. Belevskogo; per. s angl. — M.: Atmosfera, 2009. — 100 s.
5. Dvoreckii, L.I. Kachestvo zhizni pozhilogo bol'nogo [Quality of life of elderly patients] / L.I. Dvoreckii // Consilium Medicum. — 2009. — № 11. — S.98—102.
6. Il'kovich, M.M. Bor'ba s tabakokureniiem, kak osnova profilaktiki hronicheskoi obstruktivnoi bolezni legkih [Tobacco control, as a basis for the prevention of chronic obstructive pulmonary disease] / M.M. Il'kovich, N.A. Kuzubova, E.A. Kisileva // Pul'monologiya [Pulmonology]. — 2010. — № 2. — S.37—39.
7. Novik, A.A. Rukovodstvo po issledovaniyu kachestva zhizni v medicine [Guidelines for Quality of Life Research in Medicine] / A.A. Novik, T.I. Ionova. — M., 2007. — 156 s.
8. Rebrova, O.Yu. Statisticheskii analiz medicinskih dannyh. Primenenie paketa prikladnyh programm Statistica [Statistical analysis of medical data. Application software package Statistica] / O.Yu. Rebrova. — M., 2000. — 122 s.
9. Sincova, S.V. Tabakokureniiye — epidemiya XXI veka [Smoking — an epidemic of the XXI century] / S.V. Sincova, E.N. Chicherina // Tuberkulez i bolezni legkih [Tuberculosis and Lung Disease]. — 2011. — № 3. — S.23—26.
10. Stasyuk, O.N. Ocenka kachestva zhizni u bol'nyh hronicheskoi obstruktivnoi bolezni'yu legkih [Quality of life in patients with chronic obstructive pulmonary disease] / O.N. Stasyuk, M.I. Ul'yanova // Nauchno-meditsinskii vestnik Central'nogo Chernozem'ya [Scientific and Medical Bulletin of the Central Black Earth region]. — 2008. — № 32. — S.29—32.
11. Chernyak, B.A. Kachestvo zhizni u bol'nyh hronicheskoi obstruktivnoi bolezni legkih [Quality of life in patients with chronic obstructive pulmonary disease] / B.A. Chernyak // Hronicheskaya obstruktivnaya bolezni' legkih [Chronic obstructive pulmonary disease] / pod red. A.G. Chuchalina. — M.: Atmosfera, 2008. — S.322—338.
12. Shmelev, E.I. Izmenenie parametrov spirometrii forsirovannogo vydoha u bol'nyh HOBL (rezul'taty dlitel'nogo nablyudeniya) [Change the settings for forced expiratory spirometry in patients with COPD (long-term monitoring results)] / E.I. Shmelev, I.Yu. Vizel', A.A. Vizel' // Tuberkulez i bolezni legkih [Tuberculosis and Lung Disease]. — 2010. — № 8. — S.50—56.
13. Comparison of demographic data of patients with COPD treated in primary care by country in European Health-related Quality of Life in COPD study / P.W. Jones, G. Brusselle, T. van der Molen [et al.] // Eur. Resp. J. — 2010. — Vol.36, suppl. 54. — P. 4233.
14. Primary care physician assessment of COPD severity: European Health-related Quality of Life in COPD study / P. Kardos, P.W. Jones, M.L. Levy [et al.] // Eur. Resp. J. — 2010. — Vol. 36, suppl. 54. — P.4228.

© Р.В. Гарипова, З.М. Берхеева, С.В. Кузьмина, 2015

УДК 613.86-051(470.41)

ОЦЕНКА ВЕРОЯТНОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ У МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ СИНДРОМА ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ

РАИЛЯ ВАЛИЕВНА ГАРИПОВА, канд. мед. наук, ассистент кафедры гигиены, медицины труда ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Казань, Россия, тел. 8-917-255-38-44, e-mail: railyagaripova@mail.ru

ЗУХРА МИНДИЯРОВНА БЕРХЕЕВА, канд. мед. наук, доцент кафедры гигиены, медицины труда ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Казань, Россия, тел. 8-905-310-74-46, e-mail: kgmu_profpat@mail.ru

СВЕТЛАНА ВАЛЕРЬЕВНА КУЗЬМИНА, канд. мед. наук, ассистент кафедры психиатрии с курсом наркологии ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Казань, Россия, тел. 8-987-296-22-49, e-mail: skouzmina21@list.ru

Реферат. Цель исследования — изучение психосоциальных факторов риска в формировании синдрома профессионального выгорания. *Материал и методы.* На основе анкеты, разработанной экспертами ВОЗ для европейской модели «Управление здоровьем, окружающей средой и безопасностью на рабочем месте», проведено анкетирование 246 медицинских работников, из них 56 врачей, 154 средних и 36 младших медработников.

В анкете были представлены вопросы, отражающие социальный статус, образ жизни, характер и безопасность трудовой деятельности, наличие факторов стресса как производственной, так и непроизводственной природы. Отдельное место было уделено состоянию здоровья, физической активности, питания. *Результаты и их обсуждение.* Проведенное анкетирование показало высокую распространенность среди медработников психофизических, социально-психологических, поведенческих симптомов. *Заключение.* Это позволяет думать о высокой вероятности формирования синдрома профессионального выгорания.

Ключевые слова: медицинские работники, профессиональный стресс, синдром профессионального выгорания.

ASSESSMENT THE PROBABILITY OF BURNOUT SYNDROME FORMATION IN HEALTH CARE WORKERS

RAILYA V. GARIPOVA, C.Med.Sci., assistant of professor of Department of hygiene and occupational health of SBEI HPE «Kazan State Medical University» of Russian Ministry of Health, Kazan, Russia, tel. 8-917-255-38-44, e-mail: railyagaripova@mail.ru

ZUKHRA M. BERKHEEVA, C.Med.Sci., associate professor of Department of hygiene and occupational health of SBEI HPE «Kazan State Medical University» of Russian Ministry of Health, Kazan, Russia, tel. 8-905-310-74-46, e-mail: kgmu_profpat@mail.ru

SVETLANA V. KUZMINA, C.Med.Sci., assistant of professor of Department of hygiene and occupational health of SBEI HPE «Kazan State Medical University» of Russian Ministry of Health, Kazan, Russia, tel. 8-987-296-22-49, e-mail: skouzmina21@list.ru

Abstract. *Aim.* To study the psychosocial risk factors in the of burnout syndrome formation. *Material and methods.* Based on a questionnaire developed by WHO experts for the European model of «health management, environment and security in the workplace», we conducted survey of 246 health care workers. The questionnaire presents questions that reflect social status, lifestyle, character and safety of employment, the presence of stress factors both production and non-production nature. Special attention was paid to health, physical activity and nutrition. *Results.* Survey conducted of the medical personnel showed high prevalence of psychophysical, social and psychological, behavioral symptoms among them that allows to think about the high probability of formation of a syndrome of professional burning out.

Key words: health care workers, occupational stress, burnout syndrome.

Введение. В последние годы в зарубежной и отечественной литературе широко обсуждается проблема влияния профессионального стресса на психическое здоровье работающих [2]. В 1974 г. американский психиатр Н. Freudenberger, описывая психологическое состояние персонала психиатрических учреждений при оказании ими профессиональной помощи, предложил термин «burnout» (истощение), в настоящее время это синдром профессионального выгорания (СПВ). К проявлениями данного синдрома относились явления деморализации, усталости, отрицательного отношения к работе, утраты понимания и сочувствия по отношению к пациентам. Развитие данного синдрома особенно характерно для профессий системы «человек — человек», где доминирует оказание помощи людям [5, 6, 7]. В первую очередь, это относится к медицинским работникам (МР).

В 2010 г. на 307-й сессии административный совет Международной организации труда (МОТ) утвердил новый перечень профессиональных заболеваний. Впервые в Перечень МОТ включены психоэмоциональные и поведенческие расстройства, в случае наличия прямой связи между действием данного фактора и психоэмоциональным или поведенческим расстройством, развившимся у работника. Актуальность настоящей работы определяется высокой социальной значимостью медицинской профессии, низким уровнем социальной защищенности медработников в условиях социально-экономических реформ, высоким уровнем психоэмоционального напряжения труда, которое определяется не только традиционными факторами рабочей среды и трудо-

вого процесса, но и комплексом психосоциальных факторов как производственной, так и непроизводственной природы, способствующих формированию у них СПВ [2, 3].

Материал и методы. Для выявления симптомов СПВ было проведено анкетирование медработников нескольких медицинских учреждений: городская больница скорой медицинской помощи (БСМП) и сотрудников двух центральных районных больниц (ЦРБ) Республики Татарстан на основе анкеты, разработанной экспертами ВОЗ для европейской модели «Управление здоровьем, окружающей средой и безопасностью на рабочем месте» [1].

В анкетировании приняли участие 246 медработников: 56 врачей, 154 средних медперсонала и 36 младших. Из общего числа опрошенных лиц 87% составили женщины. По возрасту преобладали лица 40—49 лет (32,8%) и 30—39 лет (27,6%). Среди медработников, работающих в БСМП, больше лиц в возрасте до 29 лет (51,4%) ($\chi^2 = 9,9$; $p = 0,002$), а работающих на селе — 40—49 лет (41,7%) ($\chi^2 = 4,2$; $p = 0,041$). Распределение по профессиональному стажу продемонстрировало преобладание среди медработников лиц со стажем работы 20 и более лет (33,3%) и до 4 лет (28,2%). В ЦРБ преобладали медработники со стажем 20 и более лет ($\chi^2 = 4,3$; $p = 0,037$), в БСМП со стажем до 4 лет ($\chi^2 = 9,8$; $p = 0,002$). Для изучения различий качественных признаков нескольких совокупностей использовался критерий χ^2 (хи-квадрат).

Результаты и их обсуждение. Анализ анкет показал, что 19,1% медработников работа удовлетворяет полностью, 57,3% — достаточно, 20,3% —

мало, 2,7% — не удовлетворяет. Причем среди медработников, работающих в БСМП, чаще встречался ответ о малой удовлетворенности и неудовлетворенности работой, чем среди работающих в сельской местности ($\chi^2 = 2,6, p = 0,036$).

О наличии на своих рабочих местах вредных производственных факторов сообщили 94,5% человек. Распределение по воздействию на рабочем месте неблагоприятных производственных факторов выглядело следующим образом: 29,3% указали на плохо проветриваемые помещения (духота, недостаточная подвижность воздуха), 24,4% — на присутствие в воздухе рабочей зоны вредных химических веществ, 22,8% — на повышенную или пониженную температуру воздуха, 22,0% — на зрительное напряжение. Если медработники ЦРБ чаще всего указывали на наличие вредных химических веществ ($\chi^2 = 4,7; p = 0,031$), то сотрудники БСМП указывали на ответственность за безопасность других ($\chi^2 = 4,7; p = 0,030$) и опасность травматизма ($\chi^2 = 4,5; p = 0,034$).

На вопрос «Как может помочь работодатель улучшить здоровье?» сотрудники как БСМП, так и ЦРБ на 1-е и 2-е места поставили ответ о создании условий по обеспечению здорового питания и реализации системы оплаты труда, при которой больше получает тот, чей вклад больше. Свое здоровье оценили как отличное 6,5% медработников, хорошее — 31,7%, удовлетворительное — 53,7%, плохое и очень плохое — 3,3%.

Проблемы со сном, возникающие более одного раза в неделю, отметили 37,4% анкетированных, раз в неделю или меньше — 28,0%, никогда — 34,6%. Болеутоляющие препараты принимают 67,8%, успокоительные — 33,3% человек. Для того чтобы поправить свое здоровье 29% респондентов ответили на необходимость больше задумываться о своем здоровье и больше уделять себе внимание (табл. 1), пройти курс лечения в санатории желают 18,7% медработников. Среди

медперсонала БСМП хотят бросить курить 17,6% ($\chi^2 = 8,1; p = 0,004$).

На вопрос «Что мешает вам осуществить это намерение (поправить свое здоровье)?» 28,7% указали на недостаток времени (табл. 2), 24,3% — на недостаток средств. При этом 26,3% ($\chi^2 = 5,1, p = 0,024$) сотрудников БСМП отметили, что на это у них нет сил.

Доля опрошенных лиц по состоянию питания в зависимости от величины индекса массы тела (ИМТ) выглядела следующим образом: 48,6% с нормальным питанием, 14,7% — имеют пониженный вес, 14,6% — ожирение первой степени, 6,4% — ожирение второй степени. При этом 53,7% нуждаются в употреблении большого количества овощей и фруктов (соответственно 61,5% сотрудников БСМП и 50,0% ЦРБ); 30,9% хотели бы принимать пищу, содержащую меньше жира (43,6% сотрудников БСМП и 25,0% ЦРБ, $\chi^2 = 4,31; p = 0,038$); 21,1% думают о необходимости правильного питания, 20,3% (30,8% БСМП и 15,5% ЦРБ, $\chi^2 = 3,85, p = 0,004$) предпочли бы сократить до минимума «перекусывания», 11,4% отказаться от редкого приема пищи. Среди медицинского персонала БСМП 28,2% ($\chi^2 = 9,9, p = 0,0016$) хотят сократить до минимума потребление нездоровой пищи быстрого приготовления.

На вопрос «Что мешает улучшить питание?» 22,8% медработников ответили, что хорошая еда стоит дорого (33,3% медперсонала БСМП и 17,9% ЦРБ); по 22,0% указали на нехватку времени (30,8% БСМП и 17,9% ЦРБ) и на то, что слишком трудно себя изменить (30,8% БСМП и 17,9% ЦРБ); 19,5% отметили неудобный график и большой объем работы (25,6% БСМП и 16,7% ЦРБ). Причем среди медработников, работающих в БСМП, проблема улучшения питания стоит острее, чем у сотрудников ЦРБ.

Выделяют три группы симптомов, составляющих СПВ: психофизические, социально-психологические и поведенческие.

Таблица 1

Распределение ответов на вопрос «Что бы вы хотели сделать, чтобы поправить свое здоровье?»

Ответ	Город, n=68 (%)	Село, n=146 (%)	χ^2	p	Итого, n=214 (%)
Научиться справляться с трудностями, нервными срывами или стрессами	4 (5,9)	22 (15,1)	1,0	0,307	26 (12,1)
Бросить курить	12 (17,6)	0	8,1	0,004	12 (5,6)
Пройти курс лечения в санатории	12 (17,6)	28 (19,2)	0,1	0,952	40 (18,7)
Больше задумываться о своем здоровье, больше уделять себе внимания	14 (20,6)	48 (32,9)	0,9	0,340	62 (29,0)

Таблица 2

Распределение ответов на вопрос «Что мешает вам осуществить это намерение (поправить свое здоровье)?»

Ответ	Город, n=76 (%)	Село, n=154 (%)	χ^2	p	Итого, n=230 (%)
Не остается на это времени	26 (34,2)	40 (25,9)	0,2	0,639	66 (28,7)
Недостаточно для этого средств	24 (31,6)	32 (20,8)	0,6	0,450	56 (24,3)
Не знаю с чего начать	12 (15,8)	20 (13,0)	0,0	0,943	32 (13,9)
Нет для этого сил	20 (26,3)	10 (6,5)	5,1	0,024	30 (13,0)
Недостаток уверенности в себе	4 (5,2)	18 (11,7)	0,5	0,501	22 (9,5)

Анкета содержала вопрос «Как часто вы устаёте физически или умственно в конце рабочего дня настолько, что не можете отдохнуть к началу следующего дня?» 47,2% медработников ответили, что часто и очень часто.

Психофизические симптомы СПВ характеризуются чувством постоянной, непроходящей усталости как в вечерние, так и утренние часы, ощущением умственного и физического истощения, неудовлетворенностью тем, что и как человек делает и др. Распространенность симптомов психофизической группы СПВ (табл. 3) варьировала от 3,3% (неудовлетворенность тем, что и как делаю) до 47,2% (часто и очень устаю физически или умственно в конце рабочего дня настолько, что не могу отдохнуть к началу следующего дня). Причем достоверной разницы в ответах обнаружено не было. Тем не менее среди медицинского персонала БСМП чаще регистрировался ответ «Слишком напряженная работа» — 46,2% ($\chi^2 = 4,22$; $p = 0,05$) и «Моя работа изматывает меня физически» — 28,2% ($\chi^2 = 5,0$; $p = 0,05$).

Социально-психологические симптомы СПВ проявляются безразличием, пассивностью, апатией, повышенной раздражительностью на незначительные события, чувством вины, обиды, страха, что ничего

не получится. Симптомы этой группы встречались от 6,5% (моя работа скучная) до 49,6% (избавиться от основных источников беспокойства для улучшения своего здоровья). На вопрос «Что мешает осуществить намерения по улучшению здоровья?» 36,8% ($\chi^2 = 6,8$; $p = 0,009$) медработников БСМП ответили: «У меня нет для этого сил, ничего не хочу менять» (табл. 4).

К поведенческим симптомам СПВ относятся следующие состояния: работа становится тяжелее и выполняется она с трудом, чувство бесполезности, снижение энтузиазма при выполнении своих профессиональных обязанностей, конфликтные ситуации с руководством, сослуживцами, злоупотребление алкоголем, резкое возрастание выкуренных сигарет (табл. 5). Симптомы этой группы регистрировались от 6,5% (уменьшить количество употребляемых болеутоляющих, снотворных и других медикаментов, употреблять меньше алкоголя) до 13,8% (конфликт с руководством, сослуживцами, чувствую себя изолированным от сослуживцев, не успеваю выполнять необходимый объем работы, затруднение в понимании письменных инструкций и при разговоре с людьми). Причем 25,6% ($\chi^2 = 3,7$; $p = 0,054$) сотрудников БСМП чаще отмечают поведенческие симптомы в виде возникновения

Таблица 3

Распределение ответов медицинских работников по психофизическим симптомам

Ответы	Город, n n(%)	Село, n n(%)	χ^2	p	Итого, n n(%)
Устаю физически или умственно в конце рабочего дня настолько, что не могу отдохнуть к началу следующего дня (ответ часто и очень часто)	70 30 (42,9)	150 74 (49,3)	0,04	0,841	220 104 (47,2)
Слишком напряженная работа	78 36 (46,2)	168 46 (27,4)	4,22	0,032	246 82 (33,3)
Слишком большая ответственность	78 8 (10,3)	168 26 (15,5)	0,2	0,686	246 34 (13,8)
Моя работа изматывает меня физически	78 22 (28,2)	168 20 (11,9)	5,0	0,03	246 42 (17,1)
Моя работа изматывает меня умственно (нравственно)	78 10 (12,8)	168 16 (9,5)	0,03	0,855	246 26 (10,6)
Ненормированный труд	78 14 (18,0)	168 14 (8,3)	1,2	0,283	246 28 (11,3)
Слишком много изменений (перемен) в моей работе	78 14 (18,0)	168 14 (8,3)	1,2	0,283	246 28 (11,3)
Неудовлетворенность тем, что делаю и как делаю	78 4 (5,1)	168 4 (2,4)	0,05	0,821	246 48 (3,3)

Таблица 4

Распределение ответов медицинских работников по социально-психологическим симптомам

Ответ	Город, n=78 (%)	Село, n=168 (%)	χ^2	p	Итого, n=246 (%)
Хочу избавиться от основных источников беспокойства	32 (41,0)	90 (53,6)	0,4	0,553	122 (49,6)
Недостаток уверенности в себе	6 (7,9) (n=78)	22 (14,2) (n=154)	0,3	0,564	28 (12,1) (n=232)
Нахожусь в состоянии длительного выраженного хронического стресса	2 (2,6)	12 (7,8)	0,3	0,582	14 (6,1)
У меня нет для этого сил, ничего не хочу менять	28 (36,8)	16 (10,4)	6,8	0,009	44 (19,1)
Меня сдерживает страх перед неизвестным	8 (10,5)	8 (5,2)	0,5	0,497	16 (7,0)
Моя работа скучная	10 (12,8)	6 (3,6)	2,0	0,161	16 (6,5)

конфликтных ситуаций с руководством, коллегами по работе, ощущением, что работа становится все тяжелее и выполняется она все труднее, а 23,1% из них ($\chi^2 = 7,1$; $p = 0,007$) желают сменить работу.

Доля медработников, имеющих по одной жалобе в каждой из трех групп симптомов (психофизических, социально-психологических и поведенческих), составила 18,7%, а имеющих по две и более жалобы в двух группах симптомов (психофизических, социально-психологических) — 39% (табл. 6).

Анализ анкет показал, что среди сотрудников БСМП чаще встречаются два и более психофизических симптома ($\chi^2 = 7,8$; $p = 0,005$), а также преобладают и поведенческие симптомы, причем преобладание поведенческих симптомов было чаще обнаружено у сотрудников БСМП, ответивших на вопрос, что устает нечасто после рабочего дня ($\chi^2 = 3,9$, $p = 0,048$) (табл. 7).

Заключение. Проведенное анкетирование медицинского персонала показало высокую распространенность среди них психофизических, социально-психологических, поведенческих проявлений, характерных для синдрома профессионального выгорания. Развитие СПВ более выражено у молодой возраст и меньший профессиональный стаж, чем среди медперсонала ЦРБ. Так, среди сотрудников БСМП больше лиц, кого мало или не удовлетворяет работа. Они чаще указывают на слишком

напряженную работу, на то, что работа изматывает их физически, на ненормированный труд. Среди медработников БСМП чаще возникают конфликты с руководством, сослуживцами, они чувствуют себя изолированными от коллег, не успевают выполнить необходимый объем работы, а также испытывают затруднение в понимании письменных инструкций и при разговоре с людьми. Медицинский персонал БСМП чаще желает сменить работу. На вопрос «Что мешает осуществить намерения по улучшению здоровья?» медработники БСМП ответили: «У меня нет для этого сил, ничего не хочу менять».

Наше исследование показало необходимость своевременного проведения профилактических мероприятий для предупреждения СПВ у медицинских работников, предусматривающих комплексную психологическую и организационную помощь.

Таким образом, синдром профессионального выгорания становится серьезной проблемой среди работников здравоохранения. Решение этой проблемы необходимо начать с внесения данного синдрома в список профессиональных заболеваний для дальнейшей разработки и внедрения мероприятий по ранней диагностике, профилактике и лечению.

ЛИТЕРАТУРА

1. Психосоциальные факторы труда, образ жизни и здоровье врачей в современных условиях: пособие для врачей / В.Т. Кайбышев, А.Р. Галимов, Н.И. Симонова [и др.]. — М., 2007. — С.48.

Таблица 5

Распределение поведенческих симптомов СПВ

Ответ	Город, n=78 (%)	Село, n=168 (%)	χ^2	p	Итого, n=246 (%)
Конфликт с руководством, сослуживцами, чувствую себя изолированным от сослуживцев, не успеваю выполнить необходимый объем работы, затруднение в понимании письменных инструкций и при разговоре с людьми	20 (25,6)	14 (8,3)	3,7	0,054	34 (13,8)
Уменьшить количество употребляемых болеутоляющих, снотворных и других медикаментов	10 (12,8)	6 (3,6)	2,0	0,161	18 (6,5)
Бросить курить или курить меньше — как один из выборов улучшения здоровья в следующем году	16 (20,5)	12 (7,1)	2,6	0,109	28 (11,4)
Употреблять меньше алкоголя — как один из выборов улучшения здоровья в следующем году	8 (10,3)	8 (4,8)	0,5	0,497	16 (6,5)
Сменить работу	18 (23,1)	6 (3,5)	7,1	0,007	24 (9,8)

Таблица 6

Доля медицинских работников, имевших жалобы из всех трех групп

Жалоба	Город, n=78 (%)	Село, n=168 (%)	χ^2	p	Итого, n=246 (%)
Только по одной жалобе в каждой из трех групп симптомов	16 (20,5)	30 (17,9)	0,01	0,963	36 (18,7)
По две жалобы в каждой из трех групп симптомов	32 (41,0)	64 (38,1)	0,01	0,982	96 (39,0)
По три жалобы в каждой из трех групп симптомов	18 (23,1)	26 (15,5)	0,4	0,549	44 (17,9)

Таблица 7

Распространенность психофизических, социально-психологических и поведенческих симптомов

Симптом	Город, n=70 (%)	Село, n=150 (%)	χ^2	p	Итого, n=220 (%)
Два и более психофизических симптомов	26 (37,1)	12 (8)	7,8	0,005	38 (17,3)
Два и более социально-психологических симптомов	8 (11,4)	24 (16)	0,1	0,793	32 (14,5)
Два и более поведенческих симптомов	10 (14,3)	10 (6,7)	0,7	0,414	20 (9,1)

2. *Garipova, P.V.* Роль психосоциальных факторов в развитии синдрома профессионального выгорания / P.V. Garipova, I.P. Galieva // Связь заболевания с профессией с позиции доказательной медицины: материалы Всерос. науч.-практ. конф. с международным участием. — Казань, 2011. — С.243—245.
3. *Garipova, P.V.* Особенности формирования синдрома профессионального выгорания у представителей медицинских специальностей, работающих в городской и сельской местности / P.V. Garipova, I.P. Galieva // Здоровье человека в XXI веке: сб. науч. ст. IV Рос. науч.-практ. конф. — Казань, 2012. — С.513—517.
4. Stress and Psychological Disorders in Great Britain 2013 [electronic resource]. — URL: <http://www.hse.gov.uk/statistics/causdis/stress/stress.pdf>
5. *Tsai, Y.-C.* Factors and symptoms associated with work stress and healthpromoting lifestyles among hospital staff: a pilot study in Taiwan / Y.-C. Tsai, C.-H. Liu // BMC Health Serv. Res. — 2012. — Vol. 12. — P.199.
6. *Tyssen, R.* Health problems and the use of health services among physicians: a review article with particular emphasis on Norwegian studies / R. Tyssen // Industrial Health. — 2007. — Vol. 45. — P.599—610.
7. Work-related stress in nursing. — Geneva: ILO, 2000. — 52 p.
2. *Garipova, R.V.* Rol' psihosocial'nyh faktorov v razvitiit sindroma professional'nogo vygoraniya [The role of psychosocial factors in the development of burnout syndrome] / R.V. Garipova, I.R. Galieva // Svyaz' zabolevaniya s professiei s pozicii dokazatel'noi mediciny: materialy Vseros. nauch.-prakt. konf. s mezhdunarodnym uchastiem [Communication of a disease with a profession from a position of evidential medicine: materials of All-Russian scientific and practical conference with the International participation]. — Kazan', 2011. — S.243—245.
3. *Garipova, R.V.* Osobennosti formirovaniya sindroma professional'nogo vygoraniya u predstavitelei medicinskih special'nostei, rabotayuschih v gorodskoi i sel'skoi mestnosti [Features of formation of professional burnout syndrome in the health care professions working in urban and rural areas] / R.V. Garipova, I.R. Galieva // Zdorov'e cheloveka v XXI veke: sb. nauch. st. IV Ros. nauch.-prakt. konf. [Human health in the XXI century: collection of scientific articles Russian scientific and practical conference]. — Kazan', 2012. — S.513—517.
4. Stress and Psychological Disorders in Great Britain 2013 [electronic resource]. — URL: <http://www.hse.gov.uk/statistics/causdis/stress/stress.pdf>
5. *Tsai, Y.-C.* Factors and symptoms associated with work stress and healthpromoting lifestyles among hospital staff: a pilot study in Taiwan / Y.-C. Tsai, C.-H. Liu // BMC Health Serv. Res. — 2012. — Vol. 12. — P.199.
6. *Tyssen, R.* Health problems and the use of health services among physicians: a review article with particular emphasis on Norwegian studies / R. Tyssen // Industrial Health. — 2007. — Vol. 45. — P.599—610.
7. Work-related stress in nursing. — Geneva: ILO, 2000. — 52 p.

REFERENCES

1. Psihosocial'nye faktory truda, obraz zhizni i zdorov'e vrachei v sovremennyh usloviyah: posobie dlya vrachei [Psychosocial factors of work, lifestyle and health of doctors in modern conditions: a guide for doctors] / V.T. Kaibyshev, A.R. Galimov, N.I. Simonova [i dr.]. — M., 2007. — S.48.
6. *Tyssen, R.* Health problems and the use of health services among physicians: a review article with particular emphasis on Norwegian studies / R. Tyssen // Industrial Health. — 2007. — Vol. 45. — P.599—610.
7. Work-related stress in nursing. — Geneva: ILO, 2000. — 52 p.

© А.Р. Ишманова, И.Е. Николаева, А.Н. Закирова, С.М. Янбаева, 2015

УДК 616.12-008.331.1-085.225.2

ВЛИЯНИЕ ТЕРАПИИ РАМИПРИЛОМ И АМЛОДИПИНОМ НА ВАЗОДИЛАТИРУЮЩУЮ ФУНКЦИЮ ЭНДОТЕЛИЯ У ЖЕНЩИН С ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНЫМ МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

АЙГУЛЬ РАИФОВНА ИШМАНОВА, канд. мед. наук, врач-кардиолог Республиканского кардиологического центра, Уфа, Россия, тел. 8-987-109-6-67, e-mail: ishmanova.2012@mail.ru

ИРИНА ЕВГЕНЬЕВНА НИКОЛАЕВА, канд. мед. наук, главный врач Республиканского кардиологического центра, Уфа, Россия, тел. 8-917-752-35-46

АЛЯРА НУРМУХАМЕТОВНА ЗАКИРОВА, докт. мед. наук, зав. кафедрой клинической кардиологии ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России, Уфа, Россия, тел. 8-917-345-99-23

САКИНА МУНИРОВНА ЯНБАЕВА, канд. мед. наук, врач-кардиолог Республиканского кардиологического центра, Уфа, Россия, тел. 8-917-485-16-19

Реферат. Цель исследования — изучить влияние комбинации препаратов *рамиприл* и *амлодипин* на вазодилатирующую функцию эндотелия у женщин с артериальной гипертензией (АГ) и метаболическим синдромом (МС) в постменопаузе. **Материал и методы.** В исследование включены 80 женщин с АГ и МС в постменопаузе. Контрольную группу составили 25 практически здоровых женщин. Длительность лечения рамиприлом в дозе 10 мг/сут и амлодипином в дозе 5 мг/сут составила 24 нед. У пациенток оценивали гипотензивный эффект комбинации данных препаратов и влияние на вазодилатирующую функцию эндотелия. Функцию эндотелия анализировали с помощью пробы с реактивной гиперемией с использованием ультразвука высокого разрешения, метаболиты оксида азота в сыворотке крови определяли по методу Н.Л. Емченко и др. **Результаты.** Установлено, что рамиприл в комбинации с амлодипином эффективно контролируют артериальное давление (АД) у пациентов с АГ 1—2-й степени и МС в постменопаузе. Выявлен эндотелийпротективный эффект комбинации данных препаратов у больных АГ, характеризующийся восстановлением эндотелийзависимой вазодилатации (ЭЗВД) сосудов и повышением продукции метаболитов оксида азота. **Заключение.** Рамиприл в комбинации с амлодипином может быть препаратом выбора для лечения женщин с артериальной гипертензией и метаболическим синдромом в постменопаузе.

Ключевые слова: артериальная гипертензия, метаболический синдром, постменопауза, эндотелиальная дисфункция, рамиприл, амлодипин.