

# АВИЦЕННА

научный медицинский журнал

Публикации для студентов, молодых ученых и научно-преподавательского состава на [www.avicenna-idp.ru](http://www.avicenna-idp.ru)

ISSN 2500-378X

Издательский дом "Плутон"

[www.idpluton.ru](http://www.idpluton.ru)



**Выпуск №73**

Кемерово 2020

21 сентября 2020 г.

ББК Ч 214(2Рос-4Ке)73я431

ISSN 2500-378X

УДК 378.001

Кемерово

Журнал выпускается ежемесячно. Научный журнал публикует статьи по медицинской тематике. Подробнее на [www.avicenna-idp.ru](http://www.avicenna-idp.ru)

За точность приведенных сведений и содержание данных, не подлежащих открытой публикации, несут ответственность авторы.

Редкол.:

Никитин Павел Игоревич - главный редактор, ответственный за выпуск журнала.

Шмакова Ольга Валерьевна - кандидат медицинский наук, ответственный за первичную модерацию, редактирование и рецензирование статей.

Хоботкова Татьяна Сергеевна - кандидат медицинский наук, ответственный за финальную модерацию и рецензирование статей.

Никитина Инна Ивановна – врач-эндокринолог, специалист ОМС, ответственный за первичную модерацию, редактирование и рецензирование статей.

Меметов Сервир Сеитягьяевич - доктор медицинских наук, профессор кафедры организации здравоохранения и общественного здоровья ФПКи ППС ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет».

Тахирова Рохатой Норматовна- кандидат медицинских наук, доцент кафедры факультетской педиатрии Ташкентского педиатрического медицинского института.

Ешиев Абдыракман Молдалиевич - доктор медицинских наук, профессор Ошской межобластной объединенной клинической больницы.

Федотова Елена Владимировна доцент - кандидат медицинский наук, профессор РАЕ, врач-хирург ГБОУ ВПО "Северный государственный медицинский университет".

Тихомирова Галия Имамутдиновна - доктор медицинских наук, доцент кафедры общей хирургии ФГБОУ ВО "Ижевская государственная медицинская академия".

Иванов Александр Леонидович – кандидат психологических наук, доцент кафедры психотерапии и сексологии РМАНПО.

Дурягина Лариса Хамидуловна - доктор медицинских наук, заведующая кафедрой терапевтической стоматологии, заслуженный врач республики Крым, Медицинская академия имени С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского»

Дегтярева Людмила Анатольевна - кандидат медицинских наук, доцент медицинской академии им. С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского»

Сулейменова Роза Калдыбековна - кандидат медицинских наук, заведующая кафедрой "Гигиена" АО "Медицинский Университет Астана"

Бовтук Николай Ярославович - кандидат медицинских наук, доцент кафедра общей хирургии ОУ "Белорусский государственный медицинский университет"

Якубова Азада Батировна - кандидат медицинских наук, заведующая кафедрой Факультетской и госпитальной терапии, Ургенческий филиал Ташкентской Медицинской Академии

Афанасьева Галина Александровна - доктор медицинских наук, доцент кафедры патофизиологии ФГБОУ ВО Саратовский государственный медицинский университет имени В.И. Разумовского

Бесхмельницкая Евгения Александровна - ассистент федры фармакологии и клинической фармакологии НИУ «Белгородский государственный национальный исследовательский университет», врач акушер-гинеколог

А.О. Сергеева (ответственный администратор)[и др.];

Научный медицинский журнал «Авиценна», входящий в состав **«Издательского дома «Плутон»**, создан с целью популяризации медицинских наук. Мы рады приветствовать студентов, аспирантов, преподавателей и научных сотрудников. Надеемся подарить Вам множество полезной информации, вдохновить на новые научные исследования.

Издательский дом «Плутон» [www.idpluton.ru](http://www.idpluton.ru) e-mail: [admin@idpluton.ru](mailto:admin@idpluton.ru)

Подписано в печать 21.09.2020 г. Формат 14,8×21 1/4. | Усл. печ. л. 3.2. | Тираж 300.

Все статьи проходят рецензирование (экспертную оценку).

Точка зрения редакции не всегда совпадает с точкой зрения авторов публикуемых статей.

Авторы статей несут полную ответственность за содержание статей и за сам факт их публикации.

Редакция не несет ответственности перед авторами и/или третьими лицами и организациями за возможный ущерб, вызванный публикацией статьи.

При использовании и заимствовании материалов ссылка обязательна

Оглавление

1. НАРУШЕНИЯ РИТМА СЕРДЦА У НОВОРОЖДЕННЫХ: НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННЫЕ  
НОЗОЛОГИИ .....4  
**Якубова К.Н.**

2. ВЛИЯНИЕ УРОВНЯ ЭМПАТИИ НА ФОРМИРОВАНИЕ СИНДРОМА ЭМОЦИОНАЛЬНОГО  
ВЫГОРАНИЯ У МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ.....9  
**Гончарова Е.В.**

3. ИНФОРМИРОВАННОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ О ДЕФИЦИТЕ ВИТАМИНА Д И СПОСОБАХ ЕГО  
ВОСПОЛНЕНИЯ .....13  
**Храмцов Д.А., Лазарева И.А.**

**Якубова Камола Нигман кизи**  
**Yakubova Kamola Nigman qizi**

Ассистент кафедры Факультетской педиатрии Ташкентского педиатрического медицинского института. E-mail: [kyakubova0@gmail.com](mailto:kyakubova0@gmail.com)

УДК 616.12-008.318

**НАРУШЕНИЯ РИТМА СЕРДЦА У НОВОРОЖДЕННЫХ: НАИБОЛЕЕ  
РАСПРОСТРАНЕННЫЕ НОЗОЛОГИИ****HEART RHYTHM DISTURBANCES IN NEWBORNS: THE MOST COMMON  
NOSOLOGIES**

**Аннотация:** Нарушения ритма сердца — частая клиническая ситуация у новорожденных, возникающая в первые три дня жизни и отражающая как кардиальные, так и внесердечные патологические процессы. Даже небольшие отклонения в ритме сердца у новорожденного ребенка могут быть симптомом тяжелого органического поражения сердца. Неврологическом статусе детей с нарушениями ритма сердца отмечаются признаки резидуально-органической церебральной недостаточности и гипертензионно-гидроцефального синдрома, на формирование которых, оказывает влияние травма центральной нервной системы и гипоксия в антенатальном, интранатальном и постнатальном периодах развития.

**Abstract:** Cardiac arrhythmias are a common clinical situation in newborns that occurs in the first three days of life and reflects both cardiac and non-cardiac pathological processes. Even small deviations in the rhythm of the heart in a newborn baby can be a symptom of severe organic heart damage. The neurological status of children with cardiac arrhythmias shows signs of residual organic cerebral insufficiency and hypertensive-hydrocephalic syndrome, the formation of which is influenced by trauma of the central nervous system and hypoxia in the antenatal, intrapartum and postnatal periods of development.

**Ключевые слова:** нарушения ритма сердца, новорожденный, синусовая тахикардия, синусовая брадикардия, экстрасистолия, пароксизмальная тахикардия.

**Key words:** heart rhythm disturbances, newborn, sinus tachycardia, sinus bradycardia, extrasystole, paroxysmal tachycardia.

Нарушения ритма сердца возникают в разные периоды жизни человека, начиная с самого рождения. Нарушения ритма сердца часто встречающееся состояние в антенатальном и неонатальном периодах. Нарушения ритма сердца у новорожденных детей могут носить наследственный, врожденный и приобретенный характер. Нарушения ритма сердца у новорожденных детей имеют большую частоту и зависимость от экстракардиальных факторов.

Нарушения ритма сердца могут протекать без клинических симптомов и манифестировать тяжелой сердечной недостаточностью или оканчиваются внезапной сердечной смертью. В связи с этим большое значение имеет скрининговое электрокардиографическое обследование [8].

Нарушения ритма сердца в период новорожденности часто носят транзиторный характер, но приводят к формированию стойкого патологического процесса. В частности, в исследовании, проведенном Southall et al. [1], на выборке из 134 здоровых новорожденных детей первых 10 дней жизни было показано, что у многих из них обнаруживались электрокардиографические изменения, которые в более старшем возрасте трактовались как патологические: 109 младенцев имели синусовую брадикардию, у 25 детей определялись эктопические атриовентрикулярные ритмы, у 33 детей — миграция водителя ритма, а у 19 — предсердные экстрасистолы [8].

Предрасполагающими факторами к развитию аритмий у новорожденных детей являются элементы электрической нестабильности в виде очагов «резорбтивной дегенерации» эмбриональной проводящей системы, абберантные проводящие пути, удлинение интервала QT, вегетативный дисбаланс — гиперсимпатикотония на фоне функциональной незрелости вагуса. Эти факторы обусловлены преходящими возрастными изменениями, связанными с активной дифференцировкой и ростом структур сердца, дисхронией созревания правых и левых звездчатых ганглиев симпатической системы, дисбалансом между симпатической и парасимпатической иннервацией [7].

По данным ряда исследователей в практической работе врача необходимо выделять несколько групп причин, приводящих к нарушению ритма сердца у новорожденного ребенка [4, 11]:

- органическое поражение сердца (врожденные пороки развития (ВПС), воспалительные и дегенеративные заболевания миокарда, опухоли сердца);

- метаболические сдвиги (нарушения водно-электролитного обмена — гипо-/гиперкальциемия, магниемия, калиемия; тиреотоксикоз; действие лекарственных препаратов; гипо- или гипертермия);

- системные заболевания матери и плода (аутоиммунные заболевания соединительной ткани матери, сахарный диабет, патология щитовидной железы);

- заболевания центральной и вегетативной нервной систем на фоне родовой травмы, внутриутробной гипоксии.

Согласно классической классификации, основанной на нарушении той или иной функции сердца, выделяют следующие виды аритмий [2]:

Нарушения автоматизма

— Номотопные (водитель ритма — в синусовом узле) — синусовая тахикардия, синусовая брадикардия, синусовая аритмия, синдром слабости синусового узла (СССУ).

— Гетеротопные (водитель ритма — вне синусового узла) — нижнепредсердный, атриовентрикулярный и идиовентрикулярный ритм.

Нарушения возбудимости

1. Экстрасистолии:

По источнику: предсердные, атриовентрикулярные, желудочковые

По количеству источников: монотопные, политопные

По времени возникновения: ранние, интерполированные, поздние

По частоте: единичные (до 5 в минуту), множественные (более 5 в минуту), парные, групповые

По упорядоченности: неупорядоченные, аллоаритмии (бигеминия, тригеминия, квадригеминия)

2. Пароксизмальные тахикардии (предсердная, атриовентрикулярная, желудочковая)

Нарушения проводимости

1. Ускорение проводимости (WPW синдром).

2. Замедление проводимости (блокады: синоаурикулярная, внутрипредсердная, атриовентрикулярная, блокада ножек пучка Гиса).

Смешанные (трепетание/мерцание предсердий/желудочков)

Основной метод диагностики аритмий — электрокардиограмма (ЭКГ), в т.ч. ЭКГ плода, регистрируемая с живота матери. Качество записи, как правило, низкое, без возможности оценки зубца Р. С этой же целью может проводиться магнитокардиография плода, которая позволяет улучшить качество отведения, однако это весьма дорогостоящий метод.

Для диагностики аритмий используется суточное мониторирование ЭКГ по Холтеру, чреспищеводное электрофизиологическое исследование. Более пролонгированным методом длительной регистрации сердечного ритма является ревил — имплантируемый регистратор, который может фиксировать ЭКГ до нескольких лет (до развития эпизода аритмии). Вспомогательное значение имеют ультразвуковые методы обследования новорожденного ребенка. Фетальная эхокардиография позволяет оценить тип тахикардии (синусовый, суправентрикулярный, желудочковый) и установить локализацию эктопического очага. Для этого используется верхушечная четырехкамерная позиция в М-режиме [8].

Рассмотрим некоторые варианты аритмий у детей периода новорожденности.

I. Синусовая тахикардия — аномально повышенная частота сердечных сокращений (ЧСС) синусового происхождения. Тахикардией у новорожденных считается увеличение ЧСС более 170 в минуту более 10 секунд [6].

Причины синусовой тахикардии у новорожденных: Физиологические: осмотр, пеленание, беспокойство, перегрев и реакция на боль. Патологические: перинатальное поражение ЦНС, миокардиты, сердечная недостаточность, тиреотоксикоз, анемия, гипогликемия, ацидоз [8].

Исследования Шарыкин А.С. (2007) свидетельствуют о том, что важным признаком физиологической тахикардии на ЭКГ является его аритмичность, на 10-15% связанная с дыхательным циклом, в то время как патологическая тахикардия (например, при миокардите, сердечной недостаточности и др.) характеризуется ригидностью ритма. При очень частом ритме зубец Р сливается с зубцом Т («Р на Т»); в таких случаях синусовый характер тахикардии может быть сомнителен [10].

Длительная (более 3 часов, в течение нескольких суток) синусовая тахикардия более 180 ударов в минуту может стать причиной нарушения метаболизма миокарда за счет укорочения диастолы и снижения коронарного кровотока. В таком случае на ЭКГ регистрируются изменения

зубца T и сегмента ST [8].

Хотя в целом синусовая тахикардия у новорожденных состояние доброкачественное, однако, если она длительно не купируется (в течение суток и более), это может привести к развитию сердечной недостаточности [8].

II. Синусовая брадикардия — Критерием синусовой брадикардии у новорожденного считается ЧСС менее 100 в минуту более 10 с. Явно патологическим характер брадикардии считается при ЧСС менее 90 — у недоношенных, и менее 80 — у доношенных детей [8].

Причинами синусовой брадикардии у новорожденных могут быть: [8].

1. Физиологические причины: переохлаждение, голод, сон.

2. Внекардиальные причины: перинатальная гипоксия, внутричерепная гипертензия, предтек и отек мозга, внутричерепные и внутрижелудочковые кровоизлияния, синдром дыхательных расстройств, метаболические нарушения (гипогликемия, нарушения минерального обмена), побочный эффект лекарственных средств (гликозиды наперстянки,  $\beta$ -блокаторы и блокаторы кальциевых каналов).

3. Кардиальные причины: кардит, синдром слабости синусового узла, прямое неблагоприятное воздействие на синусовый узел инфекции, токсинов, гипоксии.

Длительная синусовая брадикардия с ЧСС менее 80 ударов в минуту приводит к неадекватной перфузии, что клинически выражается в синкопальных состояниях (эквиваленты — резкая бледность, слабость, «застывание» ребенка, судороги), эпизодах апноэ.

В случае синусовой брадикардии у новорожденных врачу необходимо: [8].

- провести оценку ухода за ребенком (переохлаждение);

- провести скрининговые исследования: электролиты (кальций, калий, магний), глюкоза, функция щитовидной железы;

- оценить неврологический статус;

- исключить заболевания сердца (врожденный порок сердца, кардит).

III. Наиболее частым вариантом нарушения возбудимости являются экстрасистолии — преждевременные по отношению к основному ритму внеочередные сокращения сердца, вызванные эктопическим импульсом, возникшим вне синусового узла. Экстрасистолы регистрируются у 7-25% детей и могут быть [9]: некардиогенной этиологии (патология ЦНС, синдром дыхательных расстройств, внутриутробное инфицирование, метаболические нарушения) и кардиогенной этиологии (хроническая внутриутробная гипоксия, с формированием очага пейсмейкерной активности в миокарде, врожденные пороки сердца, при этом происходит недоразвитие проводящей системы сердца).

Экстрасистолы, как правило, не имеют самостоятельного гемодинамического значения, не приводят к серьезным нарушениям кровообращения. Клиническое значение экстрасистолы приобретают в том случае, если связаны с повреждением миокарда. Также выделяют «неблагоприятные» экстрасистолии, которые потенциально могут быть пусковыми механизмами пароксизмальных тахикардий [8].

Принято выделять два варианта экстрасистолий с широким и узким комплексом QRS, что в общем виде соответствует разделению экстрасистолий на суправентрикулярные (предсердные и суправентрикулярные) и желудочковые. Принципиальным является выделение топики экстрасистолы (право-и левопредсердная, экстрасистолы из левого, правого желудочка, верхушки сердца или межжелудочковой перегородки), а также частоты экстрасистолы (би-, три-, тетрагеминия). Две экстрасистолы, следующие друг за другом, называются групповой экстрасистолией, а три — пробежкой пароксизмальной тахикардии. ЭКГ критериев экстрасистолы (например, неодинаковая форма QRS и разные пред- и постэктопические интервалы) указывает на ее политопность (несколько эктопических очагов) [8].

Клиницисту необходимо знать критерии неблагоприятных экстрасистол у новорожденных, которые могут быть показателем либо органического процесса, либо служить триггерами пароксизмальной тахикардии: ранние («R на T»), частые, полиморфные, групповые, симпатозависимые экстрасистолы, левожелудочковые экстрасистолы, экстрасистолы по типу аллоритмий [8].

IV. Пароксизмальная тахикардия — это внезапно возникающий и прекращающийся приступ тахикардии эктопического происхождения. Механизм пароксизмальной тахикардии в общем виде тождественен с механизмом экстрасистолии, при этом исходная точка возникновения одинакова для экстрасистолии и пароксизмальной тахикардии. Пароксизмальная тахикардия — это всегда грозное состояние, которое может потенциально привести к острой сердечной недостаточности. Выделяют

наджелудочковую и желудочковую пароксизмальную тахикардию [8].

4.1. Домарева Т.А. (2003) и Яцык Г.В. (2003) считают, что наиболее частыми причинами наджелудочковой пароксизмальной тахикардии (НЖПТ) являются: синдром WPW, органические изменения в проводящей системе сердца (ВПС, кардиты, кардиомиопатии), функциональные изменения в миокарде на фоне некардиальных заболеваний: внутриутробная гипоксия, асфиксия плода — нейровегетативные нарушения. Для новорожденных детей нехарактерна яркая клиническая картина, как у детей более старшего возраста, короткие пароксизмы, как правило, клинически «немые». Длительная пароксизмальная тахикардия (12-24-36 часов) может привести к формированию сердечной недостаточности: с появлением ранних признаков — легкая бледность/цианоз, серость кожных покровов, тахипноэ, слабость, беспокойство ребенка, и кончая формированием застойной сердечной недостаточности. При длительном приступе отмечаются признаки гипоперфузии — энцефалопатия, некротический энтероколит. В дальнейшем может формироваться органическое поражение сердца — кардиомиопатия с гипертрофией и фиброзированием миокарда [5].

НЖПТ может быть и у плода, внутриутробно. Диагноз выставляется по ультразвуковому исследованию плода. Длительные пароксизмы приводят к внутриутробной застойной сердечной недостаточности с формированием водянки плода, вероятным мертворождением и внутриутробной гибели. Высокий риск развития водянки плода отмечается при тахикардии более 220 в минуту более 12 часов на сроке гестации менее 35 недель. Оправданной тактикой в таких случаях считается: мониторинг ритма (частое ЭхоКС), назначение трансплацентарной терапии дигоксином, бета-блокаторами, либо раннее кесарево сечение [8].

4.2. Пароксизмальная желудочковая тахикардия (ПЖТ) — грозное нарушение ритма, свидетельствующее о тяжелой кардиальной или некардиальной патологии. Встречается гораздо реже НЖПТ и практически всегда (за исключением идиопатической ЖТ) является признаком тяжелого органического процесса. На ЭКГ морфология желудочковых комплексов аналогична таковым при желудочковых экстрасистолах, пароксизм имеет внезапное начало и конец. У новорожденных ПЖТ может не сопровождаться расширением QRS более 0,1 с., что затрудняет его диагностику. Часты также ишемические нарушения — подъем сегмента ST, деформация зубца T. Зубец P может визуализироваться в собственном ритме без связи с QRS [8].

Причины ПЖТ у детей периода новорожденности: [8]. Кардиальные: кардит, миокардиопатии, ВПС, состояние после оперативной коррекции ВПС, некардиальные: патология ЦНС, гипертиреоз у матери, нередко случаи идиопатической ПЖТ (по сведениям некоторых авторов, до 50% всех случаев ПЖТ).

Прогноз ПЖТ зависит от основного заболевания, при идиопатических формах, как правило, благоприятен [3].

Таким образом, проведенный анализ литературы свидетельствует о том, что врач должен исключить заболеваний, который связанных с нарушением ритма сердца. Самый важный аспект проблемы - это то, что выявляемые нарушения ритма сердца могут быть как благоприятными, транзиторными, так и крайне опасными. Следовательно, требуется особое внимание при интерпретации данных, полученных у этих пациентов, и при клинической оценке новорожденного.

#### **Библиографический список:**

1. Southall D.P., Richards J., Mitchell P. et al. Study of cardiac rhythm in healthy newborn infants // Br Heart J., 1980, 43: 14-20.
2. Белоконь Н.А., Кубергер М.Б. Болезни сердца и сосудов у детей. — М, 1987; 2: 136-197.
3. Бокерия Л.А., Ревшвили А.Ш., Ардашев А.В., Кочович Д.З. Желудочковые аритмии. — М.: Медпрактика-М, 2002. — 272 с.
4. Домарева Т.А., Яцык Г.В. Нарушения сердечного ритма у новорожденных детей с перинатальным поражением центральной нервной системы // Вопросы современной педиатрии, 2003. — № 1. — С. 29-33.
5. Домарева Т.А., Яцык Г.В. Нарушения сердечного ритма у новорожденных детей с перинатальным поражением центральной нервной системы // Вопросы современной педиатрии, 2003. — № 1. — С. 29-33.
6. Прахов А. В. Неонатальная кардиология / А.В. Прахов. Изд. организация «Военно-медицинский институт ФСБ РФ». — Н. Новгород: НижГМА, 2008. — 388 с.
7. Прахов А. В., Иванов Д. О. Клинические рекомендации по ведению новорожденных с аритмиями — 2016. — 8.

8. Сафина А.И., Лутфуллин И.Я., Гайнуллина Э.А. Нарушения ритма сердца у новорожденных. — Практическая медицина, 2010. — С. 75-79.

9. Симонова Л.В., Котлукова Н.П., Гайдукова Н.В. и др. Постгипоксическая дизадаптация сердечно-сосудистой системы у новорожденных детей // Российский вестник перинатологии и педиатрии, 2001. — № 2. — С. 8-12.

10. Шарькин А.С. Перинатальная кардиология. Руководство для педиатров, кардиологов, неонатологов. — М.: Теремок, 2007; 347.

11. Школьникова М.А. Жизнеугрожающие аритмии у детей. — М., 1999. — 229 с.



**Гончарова Евгения Васильевна**  
**E.V. Goncharova**

Преподаватель кафедры психологии и социологии управления  
Российская Академия Народного Хозяйства и Государственной Службы при президенте  
Клинический психолог Консультативно – диагностического центра «Детское Здоровье».  
E-mail: [en5ja3sh4aa@yandex.ru](mailto:en5ja3sh4aa@yandex.ru)

УДК 159.9

**ВЛИЯНИЕ УРОВНЯ ЭМПАТИИ НА ФОРМИРОВАНИЕ СИНДРОМА ЭМОЦИОНАЛЬНОГО  
ВЫГОРАНИЯ У МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ**

**THE INFLUENCE OF THE LEVEL OF EMPATHY ON THE FORMATION OF BURNOUT  
SYNDROME IN MEDICAL WORKERS**

**Аннотация.** Проблема профессионального выгорания стала известна с конца прошлого века и на данный момент она остается очень актуальной, в частности применительно к определенным видам деятельности. Одной из таких групп являются врачи и медицинские работники. Это связано не только с тем, что медицинская деятельность предполагает устойчивое взаимоотношение «врач-пациент» и постоянную коммуникацию в его пределах, но и с тем, что деятельность врача тесно связана с вопросами «жизни и смерти», определяющими высокую степень ответственности за другого человека.

**Annotation.** The problem of professional burnout has been known since the end of the last century and at the moment it remains very relevant, in particular in relation to certain types of activities. One of these groups are doctors and healthcare professionals. This is due not only to the fact that medical activity presupposes a stable “doctor-patient” relationship and constant communication within it, but also because the activity of a doctor is closely related to the issues of “life and death”, which determines a high degree of responsibility from another person.

**Ключевые слова:** эмпатия, негативные эмоции, стресс, эмоциональное выгорание.

**Key words:** empathy, negative emotions, stress, emotional burnout.

Профессия медицинского работника – это нелегкий вид трудовой деятельности, он требует от субъекта разносторонней образованности, непрерывности процесса профессионализации и обладания личностными и профессиональными качествами. И потому медицинский работник должен обладать чувством долга, ответственностью, эмпатийностью, неистовым терпением, наблюдательностью, интуицией, решительностью, оптимизмом и другими важными пвк.

Одна из важных личностных характеристик, которые влияют на успешный профессиональный рост – это эмпатия.

Эмпатия – это способность или свойство личности, которая имеет сложную аффективно-когнитивно-поведенческую природу. Она проявляется в умении давать опосредованный эмоциональный ответ на переживания другого. По мнению некоторых исследователей, эмпатия — это эмоциональная способность реагировать на сигналы, которые передают эмоциональный опыт другого человека. А по мнению К. Роджерса, эмпатия – это поведенческая способность и проявляется она в помогающем, содействующем, альтруистическом поведении в ответ на переживания другого. В основе эмпатии – эмоциональная отзывчивость, при этом весомую роль играет разум, рациональное восприятие ситуации общения.

Синдром эмоционального выгорания начинает формироваться постепенно. Сначала происходит приглушение эмоций, пропадает острота чувств и сладость переживаний. Затем проявляется раздражение и неприязнь к коллегам и пациентам.

По результатам многих исследований последних лет можно сделать вывод, что главную роль в возникновении и развитии эмоционального выгорания занимает именно личностный фактор – совокупность индивидуально-психологических особенностей человека. Склонность к эмоциональному выгоранию связана с: высокой степенью тревожности, эмоциональной неустойчивостью, робостью, подозрительностью, склонностью к чувству вины, импульсивностью. Противоположные качества этих черт, а также сердечность, доброта, гибкость поведения, социабельность, экстраверсия, независимость, играют защитную роль при эмоциональном стрессе.

[4]

Синдром эмоционального выгорания (СЭВ) как итог рабочих стрессов зарубежная психология исследует уже более 30 лет. Отечественная наука проявила к нему интерес не так давно, в связи с этим данная проблематика не получила пока еще должного рассмотрения.

Синдром выгорания состоит в числе феноменов личностной деформации и представляет собой многомерный конструкт, набор негативных психологических переживаний, который связан с продолжительными и сильными межличностными взаимодействиями, отличающимися высокой эмоциональной насыщенностью или когнитивной сложностью. Это ответная реакция на продолжительные стрессы межличностных коммуникаций. [2]

Профессиональная деятельность медиков – эмоционально насыщенная и имеет много факторов, провоцирующих стресс. Профессиональная деятельность медицинских работников осуществляется в таких условиях, где на них оказывает воздействие комплекс разных неблагоприятных факторов, нервно-эмоционального перенапряжения. Также на медицинских работников возлагается высокая ответственность.

Профессиональная деятельность медицинских работников несет в себе потенциальную угрозу развития эмоционального выгорания.

По мнению К. Маслач, синдром профессионального выгорания включает в себя три основных элемента: эмоциональное истощение, неудовлетворенность профессиональной деятельностью, обезличивание интерперсональных отношений. По статистике, в нашей стране у 26 % врачей-терапевтов отмечен высокий уровень тревожности и у 37 % - субклиническая депрессия. [1]

Анализ распределения показателей по степени сформированности фаз синдрома ЭВ, проведенный Ю.А. Купряковой, говорит о том, что у 11,4 % и примерно 7 % работников медицинской сферы из общей выборки сформировались стадии «напряжения» и «истощения» соответственно. Фаза «резистентности» сформировалась у 34 % врачей. При этом у 39 % медиков стадия «напряжения» и примерно у трети врачей фаза «истощения» находятся в стадии формирования. [5]

П. Сидоров указывал, что стресс – это один из факторов возникновения синдрома «выгорания» у медицинского персонала. На развитие хронического стресса у представителей данной профессии влияют:

- ограничение свободы действий и использования имеющегося потенциала;
- монотонность работы;
- высокая степень неопределенности в оценке выполняемой работы;
- неудовлетворенность социальным статусом. [6]

У медицинских работников синдром эмоционального выгорания характеризуется выраженностью симптомов фазы «резистенции». Врачи неадекватно эмоционально реагируют на пациентов, у них нет эмоциональной вовлеченности и контакта с клиентами, они утрачивают способность к сопереживанию пациентам, возникает усталость, которая приводит к редукции профессиональных обязанностей и негативному влиянию работы на личную жизнь.

Изучению отдельных форм профессиональных деформаций у медицинских работников посвящено немало исследований (В.В. Бойко, К.Маслач, С.Джексон, Н.Е.Водопьянова и Е. С. Страченкова, В.Е.Орел, Т.В. Форманюк, Г.А Маркова др.), но все же они не до конца раскрывают сущность синдрома эмоционального выгорания и факторов его вызывающих. И, как следствие, возникает недостаток научных знаний о механизмах данного явления и отсутствие надежных и действенных методик его профилактики и коррекции. [2]

В.В. Бойко – это один из первых отечественных исследователей, который целенаправленно взялся изучать проблему выгорания работников. Он считал, что эмоциональное выгорание приобретает в ходе жизни человека. В этом и заключается отличие выгорания от всевозможных форм эмоциональной ригидности, которая, определяется органическими причинами – свойствами нервной системы, степенью подвижности эмоции, психосоматическими нарушениями. Эмоциональное выгорание В.В. Бойко обозначил как выработанный личностью механизм психологической защиты при полном или частичном исключении эмоций (понижения их энергетике) в ответ на психотравмирующие воздействия. Само по себе выгорание В.В. Бойко считает конструктивным, а дисфункциональными – его следствия, когда «выгорание» негативным образом отражается на выполнении профессиональной деятельности и отношениях с партнерами. Тогда же эмоциональное выгорание приводит к профессиональной деформации личности.

Согласно авторам опросника, синдром выгорания проявляется в трех составляющих:

1. Чувство эмоционального истощения или изнеможения, невозможность работать на полную отдачу сил. По мере истощения эмоциональных ресурсов профессионалы начинают чувствовать, что не в силах больше отдавать себя клиентам так, как было ранее;

2. Дегуманизация, деперсонализация как тенденция к циничности и негативизму по отношению к зависимым лицам, т.е. пациентам и подчиненным;

3. Развитие негативного отношения к себе и своей работе, когда теряется ощущение личных достижений.

Для диагностики СЭВ существует не так много разнообразных тестов и опросников. Среди самых специфичных принято считать методику В.В. Бойко «Исследование эмоционального выгорания» и опросник К. Маслач и С. Джексона «Психическое выгорание».

Кроме перечисленных, в психологической практике используются методики, которые более глубоко изучают внутри- и межличностные конфликты, среди них: многоуровневый личностный опросник (МЛО-АМ) А.Г. Маклакова и С.В. Чермянина, методика «Стратегия рабочего поведения и переживаний» У. Шааршмидт, методика определения уровня субъективного контроля J. В. Rotter, методика определения уровня самоактуализации Э.Шострома, методика определения профессиональной и организационной приверженности N. J. Allen, вопросник для выявления «работоголизма» Б. Киллинджер, методика Е.П. Ильина «Ауто- и гетероагрессия», методика Е. П. Ильина и П. А. Ковалева «Личностная агрессивность и конфликтность».

Особенно важна ранняя профилактика СЭВ, которая должна состоять из таких мероприятий:

– Просветительская деятельность, а именно – ранее информирование специалистов о первых признаках и факторах риска формирования СЭВ;

– Профориентационная деятельность с молодыми специалистами для диагностики эмоциональной и психологической стрессоустойчивости, тестов на «пригодность»;

– Организационные мероприятия по оптимизации профессиональной деятельности и среды, связанные с созданием и поддержанием «здорового рабочего окружения» (тайм-менеджмент, коммуникативные стили руководства), признание результатов работы (похвала, высокая оценка, оплата), обучение руководителей, позитивная реорганизация времени и условий труда и отдыха.

Непосредственная коррекция СЭВ заключается в методах медицинской и психологической помощи.

Мероприятия психологической коррекции включают как специализированные занятия, тренинги, которые направлены на обучение нивелирования стрессовых ситуаций, так и неспециализированные мероприятия по улучшению психологического климата в коллективе. Отдельно выделяют психотерапевтические методы (когнитивно-бихевиоральные, релаксационные техники, интегративная психология). Мероприятия медицинской коррекции проводят в случае развившегося СЭВ, рекомендуют патогенетическую фармакотерапию (антидепрессанты, анксиолитики в средней терапевтической деятельности). Помимо того, методы коррекции СЭВ включают еще и регулярную физическую активность.

Особая черта СЭВ – это беззащитность и беспомощность современного медицинского работника с позиций формирования синдрома.

С одной стороны, развитие медицинской науки повышает уровень здоровья граждан, а с другой – СЭВ является «другой стороной» медали прогресса медицины нашего времени, и по большому счету, еще будет актуальной все время существования медицинской науки и системы оказания медицинской помощи.

Факт существования описанной проблемы бросает вызов специалистам, которые заняты в области психологии, медицины и биоэтики, и могут найти действенное средство коррекции СЭВ. [7]

Итак, эмоциональное выгорание – выработанный личностью механизм психологической защиты в форме полного или частичного исключения эмоций (понижения их энергетики) в ответ на избранные психотравмирующие воздействия. По роду своей деятельности работники лечебных учреждений подвергаются воздействию различных неблагоприятных факторов рабочей среды и самого трудового процесса. Сталкиваясь с негативными эмоциями, происходит невольное и произвольное вовлечение медицинского работника в них, из-за чего он начинает и сам испытывать повышенное эмоциональное напряжение.

Профессиональное развитие и самосовершенствование – это один из способов предупреждения синдрома профессионального выгорания.

Профилактика стресса у сотрудников должна быть неотъемлемой частью деятельности руководителей медицинских учреждений. Тут необходимо использовать современные

психотехнологии не только для саморегуляции, но и технологии психолого-акмеологического сопровождения всего уклада трудовой деятельности.

Работникам медицинских учреждений следует применять методы мышечной релаксации и формирования психической толерантности, приемы аутогенной тренировки. Еще им нужно принимать участие в балинтовских группах для возможности регулирования своего эмоционального состояния, адаптации к сложным ситуациям, а также привлечения их внимания к психологическим аспектам работы с пациентами, к отношениям в контексте «врач-больной». Это в итоге будет способствовать совершенствованию их личностно-профессионального развития. [2]

**Библиографический список:**

1. Болучевская В. В. Эмоциональное выгорание врачей как актуальная психологическая и медицинская проблема, Вестник ВолгГМУ, выпуск 2 (42), 2012.
2. Влах Н.И. Особенности синдрома эмоционального выгорания у представителей медицинских профессий / Н.И. Влах// Вестник ЮУрГУ. Серия «Психология». – 2017. – Т. 10, № 1.
3. Говорин Н.В. Синдром эмоционального выгорания у врачей//ГБОУ ВПО «Читинская государственная медицинская академия» Минздрава России//Журнал для непрерывного медицинского образования, № 1, 2016.
4. Ермоленко Н.В. Взаимодействие эмпатии и эмоционального выгорания в профессиональной деятельности медицинского работника. Сборник научных статей студентов, магистрантов и аспирантов по проблемам психологии, М., 2010.
5. Купрякова Ю.А. «Синдром эмоционального выгорания» врачей как индикатор состояния российского здравоохранения//Социальная политика и социология, М., 2011.- № 3.
6. Сидоров П. И. Клиническая психология. — М.: Гэотар-Медиа, 2010.
7. Черкасова В. Г. «Светя другим сгораю сам»: медицинские, психологические и биоэтические аспекты синдрома эмоционального выгорания медицинских работников//Пермский государственный медицинский университет, Т. 21, № 2 (79), 2017.

**Панкратова Елизавета Сергеевна**  
студент Кировского государственного медицинского университета  
Россия, г. Киров  
**Pankratova Elizaveta Sergeevna**  
student of the Kirov state medical University  
Russia, Kirov

УДК 616-092.12

## **ИНФОРМИРОВАННОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ О ДЕФИЦИТЕ ВИТАМИНА Д И СПОСОБАХ ЕГО ВОСПОЛНЕНИЯ**

### **AWARENESS OF THE POPULATION ABOUT VITAMIN D DEFICIENCY AND WAYS TO REPLACE IT**

**Аннотация.** Витамин Д является одним из самых важных витаминов для человека от рождения до глубокой старости. Жители многих регионов России испытывают дефицит данного витамина. В научной статье проанализирована информированность населения о дефиците витамина Д и способах его восполнения.

**Abstract.** Vitamin D is one of the most important vitamins for a person from birth to old age. Residents of many regions of Russia are deficient in this vitamin. The scientific article analyzes the awareness of the population about vitamin d deficiency and ways to replenish it.

**Ключевые слова:** витамин Д, дефицит, продукты питания.

**Keywords:** vitamin D, deficiency, food.

Витамин Д влияет на нервную, иммунную и костную системы, принимает участие в обновлении волос, способствует усвоению магния и витамина А, замедляет прогрессирование атеросклероза. Жители многих регионов России испытывают дефицит данного витамина, так как большая часть страны расположена в северных широтах, а витамин Д синтезируется в организме под воздействием солнечных лучей. В настоящее время его дают для профилактики рахита детям до одного года, а о важности витамина Д для детей более старшего возраста и взрослых мало кто информирован. Поддерживать уровень витамина Д в пределах нормы – залог здоровья каждого человека.

Цель: проанализировать информированность населения о дефиците витамина Д и способах его восполнения.

Материалы и методы. Было проведено исследование, посвященное выяснению информированности населения о дефиците витамина Д и способах его восполнения. В анкетировании приняли участие 140 человек разных возрастных категорий: 70 учеников КОГОБУ СШ с УИОП №1 г. Котельнича 8, 9 и 11 классов в возрасте от 14 до 17 лет; 70 студентов 2 курса ФГБОУ ВО Кировского ГМУ Минздрава России в возрасте от 18 до 29 лет.

Полученные данные были подвергнуты статистической обработке при помощи пакета прикладных программ Microsoft Excel 2010 на персональном компьютере.

Результаты исследования.

Более половины опрошенных (60% - ученики, 68% - студенты) во время анкетирования правильно определили симптомы дефицита витамина Д. Наиболее часто респонденты выбирали следующие симптомы: повышенная утомляемость, плохое самочувствие, головные боли, снижение работоспособности; ухудшение зрения; нарушения сна; эмоциональная нестабильность, резкие перепады настроения.

Большинство респондентов, а именно 70% - среди школьников и 53% - среди студентов, считает, что витамин Д необходим каждому человеку, вне зависимости от возраста.

Более 80% респондентов правильно выбрали продукты питания, содержащие наибольшее количество витамина Д. Было проанализировано, что большинство опрошенных восстанавливает дефицит витамина с помощью следующих продуктов питания: рыбий жир, яйца, молоко, рыба, жирные молочные продукты, сливочное масло.

Также было проанализировано как часто учащиеся и студенты употребляют в пищу продукты, содержащие наибольшее количество витамина Д.

На вопрос часто ли вы употребляете в пищу рыбий жир среди учеников 62,8% ответило – не употребляю, 7,2% - употребляю раз в год, 11,4% - раз в месяц, 14,3% - раз в неделю, 4,3% раз в день;

среди студентов 47,2% ответило не употребляю, 10% - раз в год, 30% - раз в месяц, 2,8% - раз в неделю, 10% - раз в день.

Среди учеников в пищу жирные сорта рыб не употребляют – 20%, употребляют раз в год – 2,8%, раз в месяц – 41,5%, раз в неделю – 30%, раз в день – 5,7%; среди студентов не употребляют – 18,6%, употребляют раз в год – 11,4%, раз в месяц – 58,6%, раз в неделю – 11,4%.

На вопрос часто ли вы употребляете в пищу яйца среди учеников 2,8% ответило – не употребляю, 8,6% - употребляю раз в месяц, 48,6% - раз в неделю, 40% раз в день; среди студентов в пищу яйца употребляют все 22,8% - раз в месяц, 60% - раз в неделю, 17,2% - раз в день.

Среди учеников в пищу сливочное масло не употребляют – 4,3%, употребляют раз в год – 2%, раз в месяц – 8,6%, раз в неделю – 37,1%, раз в день – 48%; среди студентов не употребляют – 12,8%, употребляют раз в год – 5,7%, раз в месяц – 28,6%, раз в неделю – 25,7%, раз в день – 27,2%.

На вопрос загораете ли вы летом среди учеников 23% ответило – каждый день, 49% - раз в неделю, 29% - раз в месяц; среди студентов 22,8% - загорают каждый день, 42,8% – раз в неделю, 34,4% – раз в месяц.

Среди учеников 21,4% болеет раз в год, 35,7% - раз в полгода, 32,9% - раз в три месяца, 10% - раз в месяц; среди студентов 32,8% болеет раз в год, 31,4% - раз в полгода, 24,4% - раз в три месяца, 11,4% - раз в месяц.

Меньшая часть респондентов, а именно 37%, восполняет уровень витамина Д с помощью приема витаминно-минеральных комплексов. Витаминно-минеральные комплексы ученики употребляют больше, чем студенты на 20%

#### Заключение

Полученные данные позволяют прийти к выводу, что более половины населения информирована о дефиците витамина Д и способах его восполнения. При проведении исследования выявилось следующее: студентов, употребляющих в пищу рыбий жир больше, чем школьников на 15,6%, жирные сорта рыб на 1,4%, яйца на 2,8%, молоко на 1,2%, жирные молочные продукты на 11,4%. Однако школьники употребляют вышеперечисленные продукты чаще чем студенты - жирные сорта рыб на 5,7% ежедневно, яйца на 22,8%, молоко на 15,8%, жирные молочные продукты на 22,9%. Школьников, употребляющих в пищу сливочное масло больше, чем студентов на 8,5%. Ученики загорают летом чаще чем студенты на 6%. Путешествующих в течение года в Краснодарский край, Крым, Сочи среди студентов больше на 15%. Студенты болеют чаще школьников: раз в месяц на 1,4%, раз в год на 11,4%;

#### Библиографический список:

1. Тавера-Мендоса, Л., Уайт, Д. «СОЛНЕЧНЫЙ» ВИТАМИН / Л. Тавера-Мендоса, Д. Уайт // В мире науки. - 2008. - №02 – С. 16-24.
2. Даников, Н.И. Целебный витамин D / Н.И. Даников. - М.: Эксмо, 2015. — 290 с.



Научное издание

Коллектив авторов

ISSN 2500-378X