

На рисунках видно, что если у мужчин, которые на момент аварии были старше 40 лет, в 2009–2010 гг. повысился риск развития как ГБ в целом, так и эссенциальной гипертензии, то у женщин аналогичного возраста в этот же период количество случаев заболеваний уменьшилось.

Выводы

1. Результаты дескриптивного эпидемиологического исследования свидетельствуют, что послеаварийный период характеризовался ростом общего уровня болезней СК у взрослого на момент аварии населения, эвакуированного из 30-километровой зоны ЧАЭС. В первый период наблюдения высокий уровень заболеваемости БСК связан, очевидно, со «скрининг-эффектом» и возможным влиянием стрессового фактора. Для лиц обеих возрастных групп максимальный уровень заболеваемости ГБ зарегистрирован в 1998–2002 гг., то есть через 12–16 лет после аварии. В последний период наблюдения (2009–2010 гг.) отмечается снижение заболеваемости как в целом БСК, так и ГБ.

2. В обеих возрастных группах в периоде 12–16 лет после аварии наблюдается значительный рост ГБ с преимущественным поражением сердца. Несмотря на то, что в последние годы наметилась тенденция к снижению заболеваемости, уровень заболеваемости ГБ с преимущественным поражением сердца у лиц, возраст которых на момент катастрофы на ЧАЭС составлял 18–39 лет, через 17–24 года после аварии оказался выше, чем у тех, кому на момент аварии было 40–60 лет.

3. У мужчин в первые два периода наблюдения уровень заболеваемости ГБ был выше по сравнению с женщинами, в третьем — был выше у женщин, а в последующем их показатели практически сравнялись. На конечном этапе наблюдения отмечается снижение уровня заболеваемости ГБ как у мужчин, так и женщин.

Полученные данные подтверждают важность дальнейших исследований, цель которых — выяснить, в какой мере рост уровня заболеваемо-

сти ГБ с преимущественным поражением сердца у взрослого эвакуированного населения связан с радиационным облучением вследствие аварии на ЧАЭС.

Необходимо также разработать эффективные методы профилактики БСК, в частности, ГБ у лиц, эвакуированных из зоны отчуждения ЧАЭС.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. *McGale, P. Darby* Low Doses of Ionizing Radiation and Circulatory Diseases / P. McGale, C. Sarah // A Systematic Review of the Published Epidemiological Evidence № 142 Radiation Research. — 2005. — Vol. 163. — P. 247–257.
2. *Горбась, І. М.* Епідеміологічні та медико-соціальні аспекти артеріальної гіпертензії / І. М. Горбась // Український кардіологіч. журн. — 2010. — № 1. — С. 25–32.
3. Radiation as a risk factor for cardiovascular disease / J. E. Baker [et al.] // *Antioxid Redox Signal.* — 2011. — Vol. 15, № 7. — P. 1945–1956.
4. A Systematic Review of Epidemiological Associations between Low and Moderate Doses of Ionizing Radiation and Late Cardiovascular Effects, and Their Possible Mechanisms / M. P. Little [et al.] // *Radiation Research.* — 2008. — Vol. 169. — P. 99–109.
5. Медицинские эффекты Чернобыльской катастрофы: неопухолевая заболеваемость, смертность, влияние малых доз ионизирующего излучения / В. А. Бузунов [и др.] // Двадцять п'ять років Чорнобильської катастрофи, Безпека майбутнього: міжнар. конф., 20–22 квітня 2011, Київ, Україна: зб. тез. — С. 98–99.
6. Эпидемиологические исследования неопухолевой заболеваемости взрослого населения, эвакуированного из г. Припять и 30-километровой зоны Чернобыльской АЭС / В. А. Бузунов [и др.] // Международный журнал радиационной медицины. — 2001. — № 3. — С. 26–45.
7. Эпидемиология неопухолевых эффектов ионизирующего облучения. / В. А. Бузунов [и др.] // Журн. АМН України. — 2006. — Т. 12, № 1. — С. 174–184.
8. *Хомазюк, І. Н.* Сердечно-сосудистая система / І. Н. Хомазюк // Чернобыльская катастрофа. — 1995. — С. 465–468.
9. Епідеміологічне вивчення непухлинної захворюваності дорослого населення, евакуйованого з зони відчуження Чорнобильської АЕС / О. Я. Пирогова [та ін.] // Гігієна населених місць. — 2003. — Вип. 42. — С. 298–302.
10. Непухлинна захворюваність дорослого населення, евакуйованого з 30-км зони ЧАЕС: динаміка. Вплив малих доз іонізуючого випромінювання (епідеміологічне дослідження) / Пирогова, В. О. Бузунов, В. А. Цуприков, Т. С. Домашевська // Проблеми радіаційної медицини та радіобіології. — 2010. — Вип. 15. — С. 100–113.
11. *Хомазюк, М.* Сравнительная оценка влияния гипертрофии миокарда на толерантность к физической нагрузке у участников ликвидации последствий аварии на Чернобыльской АЭС и больных общей популяции с гипертонической болезнью / М. Хомазюк, Ж. М. Габулавичене, Н. В. Курзина // Проблеми радіаційної медицини та радіобіології. — 2012. — Вип. 17. — С. 325–333.

Поступила 22.10.2014

УДК 572+[612.2:612.014.5]-057.874

ПОЛОВОЗРАСТНАЯ ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ У ГОРОДСКИХ ШКОЛЬНИКОВ РАЗЛИЧНЫХ ТИПОВ ТЕЛОСЛОЖЕНИЯ

В. А. Мельник

Гомельский государственный медицинский университет

В статье представлены результаты половозрастной динамики показателей внешнего дыхания у детей и подростков г. Гомеля в возрасте от 7 до 17 лет. Выявлены периоды ускорения и замедления темпов прироста жизненной емкости легких и пиковой скорости выдоха. В работе представлены центильные таблицы оценки показателей внешнего дыхания школьников. Сравнение темпов прироста показателей внешнего дыхания у представителей различных соматотипов позволило зафиксировать более ранние максимальные приросты жизненной емкости легких и пиковой скорости выдоха у мезо- и гиперсомных мальчиков и девочек.

Ключевые слова: дети и подростки, показатели внешнего дыхания, тип телосложения.

THE AGE AND GENDER DYNAMICS OF EXTERNAL RESPIRATION INDICATORS IN CITY SCHOOLCHILDREN WITH DIFFERENT BODY TYPES

V. A. Melnik

Gomel State Medical University

The article presents the results of the age and gender dynamics of external respiration in children and adolescents of the city of Gomel at the age 7–17. The work reveals periods of acceleration and deceleration of the growth rate in the lung vital capacity and peak expiratory rate. The paper presents the centile tables evaluating the schoolchildren's external respiration. The comparison of the growth rates of external respiration in representatives of different somatotypes made it possible to fix the earlier maximum increases in lung vital capacity and peak expiratory rate in the meso- and hypersomnia boys and girls.

Key words: children and adolescents, indicators of external respiration, body type.

Введение

Оценка физического развития (ФР) ребенка будет неполной без характеристики показателей внешнего дыхания, которые вместе с другими функциональными показателями дают более полную характеристику уровня развития организма школьника.

Основным методом изучения состояния внешнего дыхания, включающим измерение объемных и скоростных его показателей является спирометрия. Кроме того, объективно оценивать функцию внешнего дыхания позволяет метод пикфлоуметрии, который помогает изучить состояние воздухоносных путей (проходимость бронхов). При помощи данного метода регистрируется пиковая скорость выдоха — наибольшая скорость форсированного выдоха после глубокого вдоха.

Для оценки состояния внешнего дыхания школьников часто используется жизненная емкость легких (объемный показатель) и пиковая скорость выдоха (скоростной показатель), которые дают объективную картину функционального состояния дыхательной системы.

Жизненная емкость легких, их инспираторная и экспираторная мощность зависят, прежде всего, от ФР, тренированности и телосложения. Жизненная емкость в значительной степени изменяется при заболеваниях легких и сердечно-сосудистой системы (ССС).

Цель

Изучить половозрастную динамику показателей внешнего дыхания у городских школьников различных типов телосложения.

Материалы и методы исследования

Объектом исследования являлись учащиеся общеобразовательных школ г. Гомеля в возрасте от 7 до 17 лет. На протяжении двух учебных лет (2010–2012 гг.) было проведено комплексное морфофункциональное обследование 1693 мальчиков и 1757 девочек, всего 3450 школьников, не имеющих существенных отклонений в состоянии здоровья (I и II группы здоровья).

Оценка состояния дыхательной системы выполнялась методом спирометрии и пикфло-

уметрии [1]. Измерения жизненной емкости легких (ЖЕЛ) и пиковой скорости выдоха (ПСВ) проводились 3 раза. В бланке обследования фиксировались их максимальные значения.

Антропометрическое обследование детей 7–17 лет проводилось с использованием унифицированной методики В. В. Бунака [2], в соответствии с программой, традиционно используемой антропологами в России и Беларуси.

Определение соматотипической принадлежности осуществлялось по новой количественной схеме «Способ количественной оценки типов телосложения по комплексу антропометрических показателей», разработанной и внедренной в практическую деятельность группой белорусских ученых (уведомление о положительном результате предварительной экспертизы по заявке на выдачу патента на изобретение Государственного комитета по науке и технологиям РБ «Национальный центр интеллектуальной собственности» от 17.10.2013 г. № а 20131026) [3, 4]. Методика предусматривает выделение трех основных вариантов телосложения (соматотипов): астенизированного лептосомного, мезосомного и адипозного гиперсомного, а также четырех переходных — лептосомного, мезолептосомного, мезогиперсомного и гиперсомного.

В связи с тем, что астенизированные лептосомные, лептосомные, гиперсомные и адипозно-гиперсомные школьники встречались редко, в исследовании они были объединены в три основные группы: лептосомные, состоящие из астенизированных лептосомных и лептосомных; мезосомные; гиперсомные, включившие адипозных гиперсомных и гиперсомных школьников.

Изменчивость скорости прироста показателей внешнего дыхания у детей в возрастном интервале 7–17 лет прослежена путем анализа их абсолютных и относительных ежегодных прибавок. Относительные прибавки рассчитаны в процентах от общего прироста за весь изучаемый возрастной период.

Статистическая обработка осуществлялась с использованием пакета прикладных программ «Statistica», 7.0. Полученные результаты пред-

ставлены в виде средних арифметических величин (М) и стандартного отклонения (SD). Значимость различий оценивалась по критерию Манна-Уитни (U-критерий). Результаты анализа считались статистически значимыми при $p < 0,05$ [5].

Результаты и обсуждения

В результате проведенных исследований установлено, что ЖЕЛ у обследованных школьников с возрастом поступательно увеличивается (значение коэффициента корреляции с возрастом у мальчиков $R = 0,86$, $p < 0,001$, у девочек $R = 0,79$, $p < 0,001$). У мальчиков в период от 7 до 17 лет показатель повышался от $1,49 \pm 0,22$ л до $4,09 \pm 0,62$ л, у девочек — от $1,42 \pm 0,25$ л до $2,99 \pm 0,42$ л.

Во всех возрастных группах школьников (кроме 9-летних) средние величины ЖЕЛ у мальчиков были значимо выше ($p < 0,05-0,001$) по сравнению с девочками-сверстницами. При этом уровень различий к 17 годам увеличивался (рисунок 1).

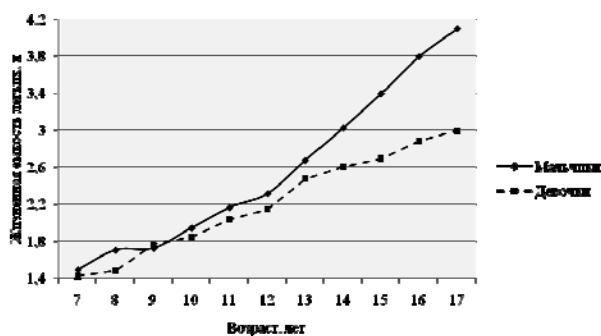


Рисунок 1 — Половозрастная динамика жизненной емкости легких (л) у городских школьников

Общий прирост ПСВ в изучаемом возрастном интервале у мальчиков составил $283,63$ л/мин, что на $92,48$ л/мин больше, чем у девочек. В возрастных группах 7- и 13–17-летних школьников средние величины показателя у мальчиков статистически значимо выше ($p < 0,001$) по сравнению с девочками-сверстницами. У 9- и 10-летних девочек ПСВ была выше, однако значимого ($p > 0,05$) превышения показателя не установлено.

Повышение ПСВ с возрастом происходило у детей неравномерно. Наибольшие годовые приросты показателя среди школьников совпадали с возрастными периодами увеличения ЖЕЛ и отмечались у мальчиков в возрастном диапазоне от 12 до 16 лет, у девочек — от 8 до 9 лет и от 12 до 13 лет.

После обследования большого количества практически здоровых детей были составлены центильные таблицы оценки показателей внешнего дыхания городских школьников, учитывающие региональную специфику влияния на

Изменчивость скорости прироста ЖЕЛ у детей в возрастном интервале 7–17 лет прослежена путем анализа их абсолютных и относительных ежегодных прибавок. Величина ЖЕЛ с возрастом увеличивалась неравномерно. Общий прирост показателя у мальчиков изучаемого возрастного диапазона составлял $2,60$ л, что на $1,03$ л больше, чем у девочек. Максимальная прибавка показателя у мальчиков отмечалась в возрастном интервале от 12 до 16 лет, минимальная — в 8–9 лет. Среди девочек необходимо выделить два периода наибольшего прироста ЖЕЛ: 8–9 и 12–13 лет. Начиная с 13-летнего возраста школьниц, темпы прироста признака у них резко снижались относительно интервала в 12–13 лет.

У обследованных школьников ПСВ в возрастном интервале от 7 до 17 лет нарастала: у мальчиков от $183,85 \pm 17,65$ до $467,50 \pm 89,85$ л/мин, у девочек — от $162,20 \pm 37,39$ до $353,35 \pm 61,67$ л/мин (рисунок 2).

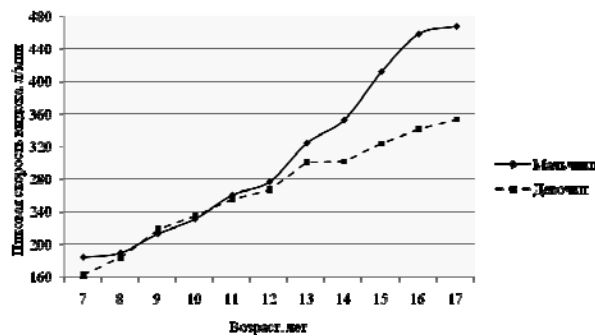


Рисунок 2 — Половозрастная динамика пиковой скорости выдоха (л/мин) у городских школьников

данные показатели экологических и биосоциальных факторов. Построенные центильные шкалы помогут выявить у ребенка на ранней стадии возможные нарушения со стороны респираторной системы (таблицы 1 и 2). Данные материалы разрешены к использованию в практическом здравоохранении приказом Управления здравоохранения Гомельского областного исполнительного комитета от 09.09.2014 г. № 960.

При изучении половозрастной динамики показателей дыхательной системы школьников различных типов телосложения было установлено, что показатели ЖЕЛ у городских мальчиков во всех возрастных группах всех типов телосложения закономерно выше, чем у их сверстниц ($p < 0,05-0,001$). Степень выраженности полового диморфизма у детей от 7 к 17 годам нарастает. Темпы увеличения ЖЕЛ в изучаемом возрастном периоде, а также величины общего прироста больше у мальчиков, чем у девочек всех типов телосложения.

Таблица 1 — Статистические параметры и центильные величины жизненной емкости легких (л) у городских школьников

Возраст, лет	Центили								
	M	SD	3	10	25	50	75	90	97
Мальчики									
7	1,49	0,22	1,10	1,20	1,30	1,50	1,70	1,80	2,00
8	1,70	0,22	1,20	1,40	1,50	1,70	1,80	1,90	2,20
9	1,72	0,28	1,30	1,50	1,60	1,80	1,90	2,10	2,30
10	1,94	0,29	1,40	1,60	1,70	1,90	2,10	2,20	2,60
11	2,16	0,39	1,60	1,80	1,90	2,10	2,40	2,60	2,90
12	2,31	0,38	1,70	1,90	2,10	2,30	2,60	2,80	3,00
13	2,67	0,55	1,80	2,10	2,30	2,60	3,00	3,40	3,90
14	3,02	0,65	2,00	2,30	2,50	3,00	3,40	3,70	4,20
15	3,39	0,51	2,30	2,70	3,10	3,50	3,70	4,00	4,30
16	3,79	0,59	2,40	3,10	3,50	3,90	4,20	4,40	4,50
17	4,09	0,62	2,80	3,20	3,60	4,10	4,60	4,90	5,00
Девочки									
7	1,42	0,25	0,95	1,10	1,20	1,40	1,60	1,70	1,80
8	1,48	0,23	1,10	1,20	1,30	1,50	1,70	1,80	1,90
9	1,76	0,27	1,20	1,30	1,50	1,70	2,00	2,10	2,30
10	1,84	0,26	1,30	1,50	1,60	1,80	2,10	2,20	2,40
11	2,03	0,34	1,40	1,60	1,80	2,00	2,20	2,50	2,80
12	2,14	0,41	1,50	1,70	1,90	2,10	2,40	2,70	3,00
13	2,47	0,39	1,90	2,00	2,20	2,50	2,70	3,00	3,20
14	2,60	0,42	2,00	2,10	2,30	2,60	2,90	3,10	3,30
15	2,69	0,45	2,00	2,20	2,40	2,70	3,00	3,20	3,50
16	2,88	0,43	2,10	2,40	2,60	2,90	3,20	3,40	3,50
17	2,99	0,42	2,20	2,50	2,70	3,00	3,30	3,50	3,60

Таблица 2 — Статистические параметры и центильные величины пиковой скорости выдоха (л/мин) у городских школьников

Возраст, лет	Центили								
	M	SD	3	10	25	50	75	90	97
Мальчики									
7	183,85	37,65	130,00	140,00	150,00	170,00	210,00	230,00	270,00
8	189,33	41,15	140,00	150,00	160,00	185,00	215,00	230,00	280,00
9	212,64	45,63	150,00	160,00	170,00	200,00	250,00	270,00	300,00
10	230,94	55,57	170,00	190,00	200,00	240,00	270,00	300,00	340,00
11	260,36	39,95	200,00	210,00	240,00	250,00	290,00	315,00	360,00
12	276,53	50,88	210,00	220,00	250,00	270,00	300,00	350,00	370,00
13	324,09	58,70	240,00	250,00	280,00	320,00	360,00	400,00	450,00
14	352,44	74,20	250,00	260,00	300,00	350,00	390,00	450,00	500,00
15	411,45	77,98	280,00	320,00	370,00	410,00	455,00	520,00	550,00
16	457,73	75,96	315,00	350,00	400,00	450,00	510,00	550,00	570,00
17	467,50	89,85	325,00	360,00	410,00	460,00	530,00	560,00	610,00
Девочки									
7	162,20	37,39	110,00	120,00	140,00	150,00	190,00	205,00	260,00
8	183,28	34,86	130,00	140,00	160,00	180,00	200,00	230,00	270,00
9	218,08	53,96	140,00	150,00	180,00	220,00	250,00	270,00	320,00
10	234,82	29,13	150,00	180,00	220,00	240,00	260,00	280,00	340,00
11	255,22	54,73	160,00	210,00	230,00	260,00	300,00	320,00	360,00
12	266,88	60,57	170,00	220,00	240,00	270,00	305,00	350,00	370,00
13	300,32	55,88	190,00	230,50	260,00	300,00	335,00	370,00	400,00
14	301,60	61,12	190,00	232,00	260,00	300,00	340,00	370,00	400,00
15	323,26	62,02	200,00	240,00	280,00	320,00	360,00	400,00	410,00
16	341,14	65,28	210,00	250,00	305,00	340,00	370,00	410,00	450,00
17	353,35	61,67	220,00	260,00	310,00	350,00	380,00	430,00	460,00

За весь изучаемый возрастной период ЖЕЛ в большей степени увеличивалась у мальчиков лепто- и гиперсомного соматотипа и у девочек мезо- и гиперсомного типа телосложения.

Закономерно ниже ЖЕЛ у мальчиков и девочек лептосомного соматотипа по сравнению с мезо- и гиперсомными, а у мезосомных — ниже по сравнению с гиперсомными во всех возрастных группах. При этом статистически значимые различия показателей выявлялись в основном между лепто- и гиперсомными сверстниками, а также лепто- и мезосомными.

Общий прирост ЖЕЛ у мальчиков от 7 до 17 лет всех типов телосложения больше по сравнению с девочками. При этом интенсив-

ность прироста показателей школьников зависела от конституциональных особенностей их телосложения (рисунок 3а). Так, среди лепто- и мезосомных мальчиков максимальный прирост показателя фиксировался в 10–11 лет, а среди гиперсомных — в 12–13 лет и 15–16 лет.

Среди девочек всех конституций тела изучаемого возрастного диапазона можно выделить два пика наибольших прибавок ЖЕЛ: среди гиперсомных — с 8 до 9 лет и с 10 до 11 лет, среди мезосомных — с 8 до 9 лет и с 12 до 13 лет, среди лептосомных школьников максимальные приросты ЖЕЛ выявлялись позже всего — с 12 до 13 лет и с 15 до 16 лет (рисунок 3б).

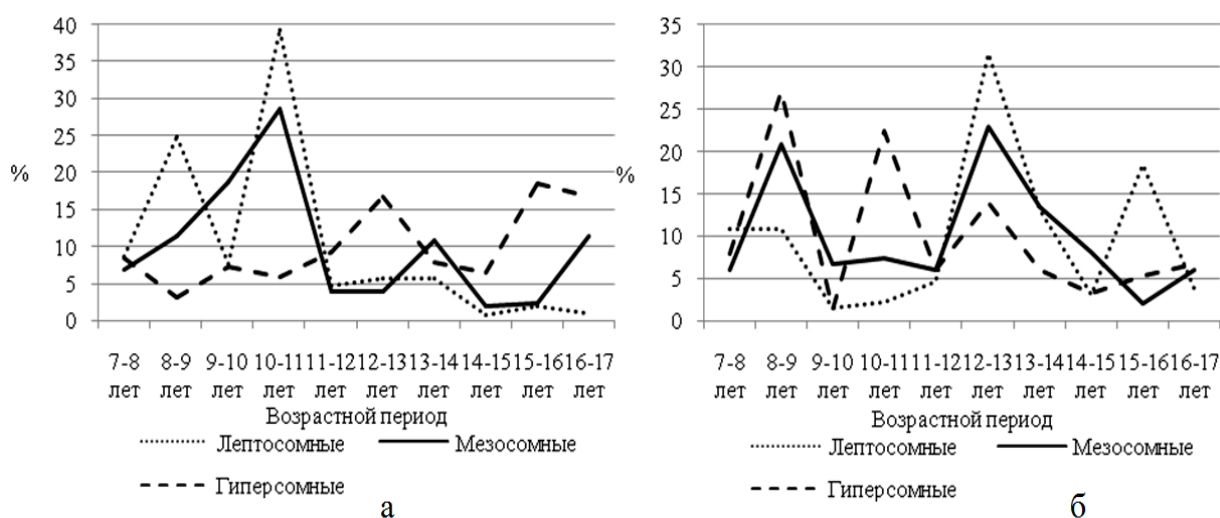


Рисунок 3 — Половые различия относительных приростов (%) жизненной емкости легких у мальчиков (а) и девочек (б) различных соматотипов

Статистически значимая высокая положительная взаимосвязь была выявлена между антропометрическими показателями (кроме толщины КЖС) и ЖЕЛ. При этом более высоких значений коэффициенты корреляции достигали между изучаемыми показателями у лепто- и мезосомных школьников двух половых групп, однако у мальчиков они были выше по сравнению с девочками.

У обследованных школьников всех типов телосложения в возрастном интервале от 7 до 17 лет ПСВ нарастала. Анализ половозрастных изменений показателей ПСВ показал, что у городских мальчиков во всех возрастных группах всех типов телосложения изучаемый показатель закономерно выше, чем у их сверстниц ($p < 0,05-0,001$). Степень выраженности полового диморфизма у детей от 7 к 17 годам нарастает.

Темпы увеличения ПСВ в изучаемом возрастном периоде, а также величины общего прироста, больше у мальчиков, чем у девочек всех типов телосложения.

За весь изучаемый возрастной период ПСВ в большей степени увеличивалась у мальчиков и девочек гиперсомного типа телосложения. У мальчиков и девочек лептосомного соматотипа ПСВ закономерно ниже по сравнению с мезо- и гиперсомными сверстниками. При этом значимых различий показателей между мезосомными и гиперсомными школьниками не выявлено ($p > 0,05$).

Общий прирост ПСВ у мальчиков от 7 до 17 лет всех типов телосложения больше по сравнению с девочками. При этом интенсивность прироста показателей школьников зависела от конституциональных особенностей их телосложения (рисунок 4). Так, среди лепто- и мезосомных мальчиков максимальный прирост показателя фиксировался в 14–15 лет, а среди гиперсомных — в 16–17 лет.

Среди девочек всех конституций тела изучаемого возрастного диапазона первый пик наибольших прибавок ПСВ установлен в 8–9 лет, второй — в 12–13 лет и третий — с 15-летнего возраста (рисунок 4б).

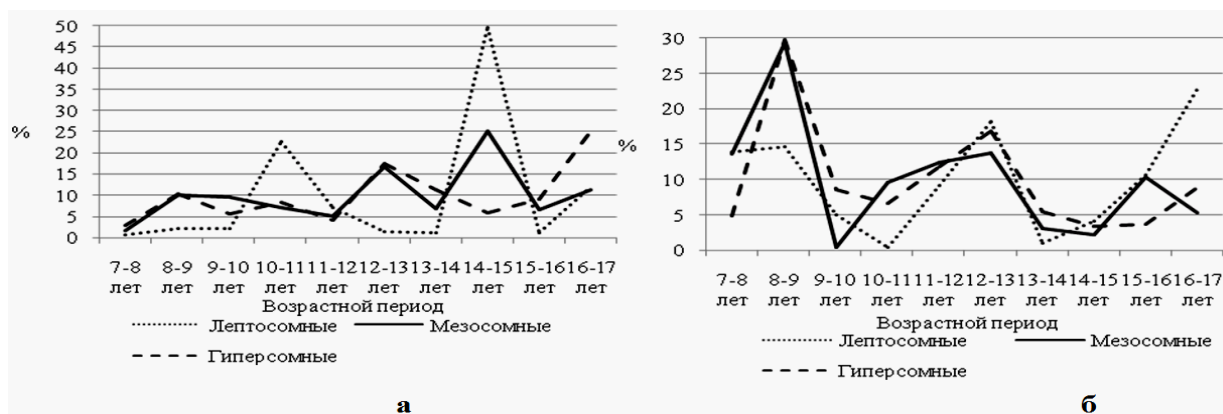


Рисунок 4 — Половые различия относительных приростов (%) пиковой скорости выдоха у мальчиков (а) и девочек (б) различных соматотипов

Заключение

Общий прирост показателей, отражающий функциональное состояние дыхательной системы (ЖЕЛ и ПСВ), у мальчиков изучаемого возрастного диапазона значительно больше, чем у девочек. Максимальные прибавки показателей у мальчиков отмечались в возрастном интервале от 12 до 16 лет, минимальные — в 8–9 лет. Среди девочек необходимо выделить два периода наибольшей прибавки ЖЕЛ: 8–9 лет и 12–13 лет.

Максимально ранние приросты показателей, характеризующих состояние дыхательной системы, выявлены у мезо- и гиперсомных мальчиков и девочек. Половой диморфизм показателей внешнего дыхания у школьников всех соматотипов в процессе онтогенеза постепенно увеличивается в пользу мальчиков за

счет более высоких темпов прироста у них показателей в пубертатный период (особенно среди мезосомных школьников).

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Мельник, В. А. Функциональные методы диагностики показателей внешнего дыхания: учеб.-метод. пособие / В. А. Мельник, И. В. Буйневич, Д. Ю. Рузанов. — Гомель: ГомГМУ, 2010. — 60 с.
2. Тегако, Л. И. Практическая антропология: учеб. пособие / Л. И. Тегако, О. В. Марфина. — Ростов н/Д: Феникс, 2003. — 320 с.
3. Мельник, В. А. Методика определения типов телосложения детского населения по комплексу антропометрических показателей: учеб.-метод. пособие / В. А. Мельник, И. И. Саливон. — Гомель: ГомГМУ, 2013. — 36 с.
4. Саливон, И. И. Количественный подход к определению типов телосложения у школьников / И. И. Саливон, Н. И. Полина. — Минск: Технопринт, 2003. — 40 с.
5. Гланц, С. Медико-биологическая статистика / С. Гланц; пер. с англ. Ю. А. Данилова. — М.: Практика, 1999. — 459 с.

Поступила 26.01.2015

УДК 616-053.2:159.9:613.86

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ ВРАЧЕЙ-ПЕДИАТРОВ

А. Ф. Крот, И. Н. Ластовка

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Цель: выявить астению, выгорание и нарушения сна у врачей-педиатров.

Материалы и методы. Поперечное исследование 44 врачей-педиатров с использованием пакета психометрических инструментов (шкала для оценки синдрома эмоционального выгорания СЭВ-2003, питтсбургская шкала инсомнии PIRS, субъективная шкала оценки астении MFI-20).

Результаты. В исследуемой группе эмоциональное выгорание средней и тяжелой степени выраженности было выявлено у 42 (95 %) человек. Лишь у 5 (11 %) опрошенных не было выявлено признаков астенического симптомокомплекса. У всех респондентов, участвовавших в исследовании, имели место те или иные формы расстройства сна.

Заключение. Работа врача-педиатра сопряжена с высоким уровнем профессионально-обусловленного психоэмоционального стресса, который влияет на качество жизни, определяет психологический статус и в перспективе — соматическое благополучие, опосредованно влияя на удовлетворённость потребителя оказываемой медицинской помощью. Астеническая симптоматика, расстройства сна и эмоциональное выгорание, распространенные среди врачей данной специальности, могут являться индикаторами расстройства суточной ритмики, связанного с профессионально обусловленным десинхронизмом. Использование частью работающих врачей-педиатров транквилизаторов и снотворных препаратов для коррекции нарушений сна, такие стратегии приспособительного поведения как потребление алкоголя или иных психоактивных веществ указывают на снижение адаптационного потенциала врачей либо срывы адаптации под воздействием чрезвычайных по интенсивности нагрузок и профессионально детерминированных нарушений биологических ритмов, неэффективное использование психологической защиты.

Ключевые слова: эмоциональное выгорание, астения, расстройства сна, профессиональный стресс, здоровье врача.