

Н.В. Говорин, Е.А. Бодагова, А.В. Сахаров*

АЛКОГОЛЬНЫЕ И НЕВРОТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА СРЕДИ ВРАЧЕЙ: ДАННЫЕ КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

ГБОУ ВПО "Читинская государственная медицинская академия Минздрава России", 672090, г. Чита, Россия

Бодагова Екатерина Александровна (Bodagova Ekaterina Aleksandrovna). E-mail: bodagova.ca@yandex.ru

♦ Представлен анализ распространенности алкогольных и невротических расстройств, синдрома эмоционального выгорания у 383 врачей, работающих в лечебных учреждениях города Читы. Наркологическая патология, связанная с употреблением алкоголя, выявлена в 10,6% случаев (в том числе синдром зависимости от алкоголя — в 2,6%). Описаны невротические расстройства у врачей. Установлено, что синдром эмоционального выгорания сформирован в 67,6% случаев.

Ключевые слова: врачи, алкоголизм, эмоциональное выгорание

N.V. Govorin, E.A. bodagova, A.V. Sakharov

THE ALCOHOL AND NEUROTIC DISORDERS AMONG PHYSICIANS: THE DATA OF CLINICAL EPIDEMIOLOGIC STUDY

The Chita state medical academy of Minzdrav of Russia, 672090 Chita, Russia

♦ The article presents the analysis of prevalence of alcohol and neurotic disorders, syndrome of emotional burning-out in 383 physicians working in medical institutions of city of Chita. The narcologic pathology related to alcohol consumption is established in 10.6% of cases, syndrome of alcohol dependence (2.6%) included.

Key words: physician, alcoholism, emotional burning-out

Продолжающиеся в стране реформы, в том числе в сфере здравоохранения, сохраняющееся социальное напряжение в обществе, низкий жизненный уровень медицинских работников негативно влияют на их здоровье и профессиональную заболеваемость [4]. При этом заметное увеличение психологической напряженности среди работников лечебных учреждений приводит не только к оттоку врачей кадров из отрасли, но и повышенного уровня различных аддикций и невротических расстройств [3].

Так, у большинства врачей с годами эмоционально напряженной работы возрастает уровень тревоги, склонность к депрессии, появляются психосоматические нарушения, что нередко сопровождается использованием различных седативных средств и адаптогенов, а также приемом алкоголя. Поэтому медицинские работники являются особой группой риска по развитию злоупотребления алкоголем [5].

Стоит отметить отсутствие в открытом доступе современных показателей распространенности алкогольных расстройств среди медицинских работников. Понятно, что результаты подобной статистики предпочитают не афишировать.

Целью настоящего исследования стало изучение распространенности алкогольных и невротических расстройств у врачей лечебных учреждений Забайкальского края.

Исследование проведено в Забайкальском крае с 2010 по 2011 г. на базе городских и краевых лечебных учреждений города Читы. Всего обследованы 383 врача, в том числе 252 (65,8%) женщины и 131 (34,2%) мужчины в возрасте от 23 до 70 лет (средний возраст $41,4 \pm 11,8$ года (для женщин — $41,8 \pm 12,2$ года, для мужчин — $40,6 \pm 11,2$ года)).

В зависимости от профиля всех врачей разделили на группы: врачей терапевтического профиля ($n = 83$, или 21,7%); психиатров и наркологов ($n = 80$, или 20,9%); акушеров-гинекологов ($n = 67$, или 17,5%); врачей хирургического профиля ($n = 67$, или 17,5%); врачей скорой медицинской помощи (СМП) ($n = 53$, или 13,8%); онкологов ($n = 33$, или 8,6%).

На каждого обследованного заполняли специально разработанную индивидуальную карту, первый раздел которой содержал сведения о респонденте: пол, возраст, семейное положение, общий стаж работы, соматическое здоровье.

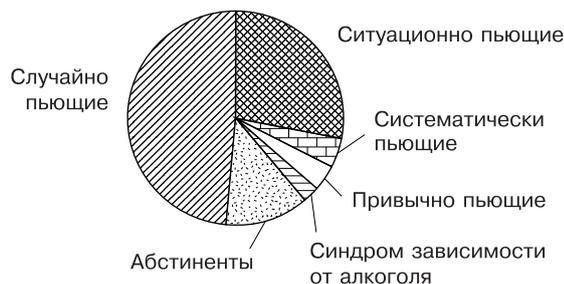
Во второй раздел карты входили вопросы, касающиеся социального функционирования. Уровень социального функционирования оценивали по степени удовлетворенности материальным положением, работой, жилищно-бытовыми условиями, отношениями с коллегами, администрацией на работе, в семье, проведением своего отпуска и досуга.

В третьей части использовали стандартные анкеты-опросники для оценки психического и наркологического здоровья врачей.

Наличие алкогольных проблем устанавливали с помощью клинической анкеты-опросника Л.Т. Морозова [2] и теста AUDIT (ВОЗ) [7]. Выделение донологических форм употребления спиртных напитков основано на классификации Э.Е. Бехтель (1986). Для диагностики синдрома зависимости от алкоголя (F 10.2) или употребления алкоголя с вредными последствиями (F 10.1) использовали критерии МКБ-10.

Дополнительные вопросы касались наличия других аддиктивных форм поведения: применение наркотических средств, табакокурение, чрезмерное употребление кофе, переядание с указанием причины и характера употребления.

Распространенность невротических расстройств у врачей определяли с помощью клинического опросника выявления и оценки невротических состояний К.К. Яхина и Д.М. Менделевича [6]. Данный опросник включает 68 вопросов, имеющих ранжированную 5-балльную оценку. Проставленные исследуемыми баллы переводятся в соответствующие диагностические коэффициенты. Суммируют данные коэффициенты по шести клиническим шкалам: шкале тревоги (ШТ); шкале невротической депрессии (ШД); шкале астении (ША); шкале истерического типа реагирования (ШИ); шкале обсессивно-фобических нарушений (ШО); шкале вегетативных нарушений (ШВ).



Структура алкоголизации врачей с учетом донологических форм потребления алкоголя.

Сумма коэффициентов больше 1,28 указывает на уровень здоровья, меньше -1,28 — на болезненный характер выявляемых расстройств той или иной шкалы.

Уровень тревожности определяли с помощью опросника Спилбергера—Ханина.

Для диагностики синдрома эмоционального выгорания (СЭВ), возникающего у человека в процессе выполнения различных видов деятельности, связанных с длительным воздействием ряда неблагоприятных стресс-факторов, использовали опросник В.В. Бойко [1]. Опросник позволяет выделить три основные фазы развития стресса — напряженность, резистенция, истощение.

Статистическую обработку полученных в ходе выполнения работы результатов осуществляли при помощи стандартного пакета программ "Statistica 6.0 for Windows" с применением непараметрического критерия оценки достоверности различий сравниваемых показателей — критерия χ^2 Пирсона. Критический уровень значимости при проверке статистических гипотез принимали $p \leq 0,05$.

При обследовании врачей наркологическую патологию, вызванную алкоголем, установили у 10,6%. Употребление алкоголя с вредными последствиями (F 10.1) выявили у 8% врачей, синдром зависимости от алкоголя (F 10.2) — у 2,6%, в свою очередь врачей, не имеющих алкогольной патологии, было 89,4%.

Структура алкоголизации респондентов с учетом донологических форм потребления алкоголя выглядела следующим образом: абстиненты (неупотребляющие) — 12,8%, случайно пьющие — 48,5%, ситуационно пьющие — 27,9%, систематически пьющие — 4,4%, привычно пьющие — 3,6%, синдром зависимости — 2,6% (см. рисунок).

Среди мужского контингента употребление алкоголя с вредными последствиями отметили у 18,3%, алкогольную зависимость — у 6,9%, среди женского контингента — у 2,7 и 0,4% соответственно, что говорит о наличии алкогольных расстройств у 25,2% мужчин и 3,1% женщин ($p < 0,001$), т. е. у каждого четвертого врача-мужчины диагностировали алкогольную патологию.

В зависимости от возрастной группы алкогольные расстройства выявили у 7,9% врачей в возрасте 23—30 лет (за счет пагубного употребления алкоголя), у 13,7% в возрасте 31—50 лет (10,2% — употребление с вредными последствиями; 3,5% — алкоголизм), у 7,2% в возрасте 51—70 лет (4,1% — употребление с вредными последствиями; 3,1% — алкоголизм).

При проведении теста AUDIT результаты оказались следующими: от 0 до 7 баллов набрали 80,6% обследованных (безопасное употребление алкоголя), от 8 до 15 баллов — 14,3% (опасное употребление алкоголя), от 16 до 19 баллов — 3,6% (вредное употребление алкоголя); 20 баллов и более — 1,3% (алкогольная зависимость), т. е. злоупотребление алкоголем выявили этим методом у 19,2% врачей, что на 8,6% выше, чем при использовании опросника Л.Т. Морозова, который является клиническим.

Некоторые данные анамнеза обследованных врачей в зависимости от тяжести алкоголизации представлены в табл. 1.

Как видно из табл. 1, алкогольные расстройства диагностировали у 8,4% терапевтов, у 5% психиатров, у 28,4% хирургов, у 3% акушеров-гинекологов, у 9,4% врачей СМП и у 12,2% онкологов. Среди не злоупотребляющих алкоголем было достоверно больше врачей терапевтических специальностей ($p < 0,001$), а среди врачей с пагубным употреблением алкоголя и алкогольной зависимостью преобладали хирурги ($p < 0,01$).

Частота встречаемости алкогольных расстройств зависела и от стажа работы по специальности. Среди врачей, стаж работы которых был до 10 лет, не злоупотребляющих алкоголем оказалось 89,8%, употребление с вредными последствиями и зависимость от алкоголя зафиксировали у 9,5 и 0,7% соответственно. В структуре алкоголизации врачей со стажем работы от 10 до 20 лет не злоупотребляющих алкоголем было 86,1%, употребление с вредными последствиями отметили у 9,7%, синдром зависимости — у 4,2%. Среди врачей, стаж работы которых был более 20 лет, не злоупотребляли алкоголем 93,2%, употребляли с вредными последствиями 3,9%, страдали синдромом зависимости 2,9%.

При этом среди врачей со стажем работы по специальности более 20 лет встречалось меньше тех, кто имел алкогольные расстройства ($p < 0,05$). В свою очередь синдром зависимости от алкоголя чаще диагностировался среди врачей со стажем работы от 10 до 20 лет ($p < 0,05$).

Помимо злоупотребления спиртными напитками, у врачей обнаружили и другие аддикции (табл. 2). Табакоку-

Таблица 1

Некоторые характеристики врачей в зависимости от структуры алкоголизации

Характеристика	Структура алкоголизации		
	незлоупотребляющие (n = 342)	употребление алкоголя с вредными последствиями (n = 31)	синдром зависимости от алкоголя (n = 10)
Семейное положение:			
женат (замужем)	235 (87,7)	24 (8,9)	9 (3,4)
гражданский брак	26 (92,8)	1 (3,6)	1 (3,6)
холост (не замужем)	39 (92,8)	3 (7,2)	0 (0)
разведен(а)	42 (93,3)	3 (6,7)	0 (0)
Дети:			
есть 1 ребенок	137 (90,2)	10 (6,6)	5 (3,2)
2 детей	127 (87,6)	15 (10,3)	3 (2,1)
больше	12 (80,0)	2 (13,3)	1 (6,7)
нет детей	66 (93,0)	4 (5,6)	1 (1,4)
Специализация:			
терапевты	76 (91,6)	5 (6,0)	2 (2,4)
психиатры	76 (95,0)	3 (3,7)	1 (1,3)
хирурги	48 (71,6)	14 (20,9)	5 (7,5)
акушеры-гинекологи	65 (97,0)	1 (1,5)	1 (1,5)
врачи СМП	48 (90,6)	4 (7,5)	1 (1,9)
онкологи	29 (87,8)	4 (12,2)	0 (0)
Стаж работы, годы:			
до 10	123 (89,8)	13 (9,5)	1 (0,7)
10—20	124 (86,1)	14 (9,7)	6 (4,2)
более 20	95 (93,2)	4 (3,9)	3 (2,9)

Примечание. Здесь и в табл. 2—5 — в скобках указан процент.

Таблица 2

Распространенность некоторых аддикций среди врачей в зависимости от структуры алкоголизации

Вид аддикции	Структура алкоголизации		
	незлоупотребляющие (n = 342)	употребление алкоголя с вредными последствиями (n = 31)	синдром зависимости от алкоголя (n = 10)
Табакокурение	79 (23,1)	15 (48,4**)	8 (80***)
Переедание	90 (26,3)	11 (35,5)	5 (50)
Чрезмерное употребление кофеина	74 (21,6)	10 (32,2)	2 (20)

Примечание. Здесь и в табл. 5: достоверность различий показателей между группами: * — $p < 0,05$; ** — $p < 0,01$; *** — $p < 0,001$.

рение встречалось у 26,6% врачей, причем число таковых увеличивалось с ростом тяжести алкоголизации. Переедание выявили у 27,6% врачей, чрезмерное употребление кофеина — у 22,5%. Как видно из табл. 2, наркологические расстройства, вызванные употреблением алкоголя, чаще сопровождалась другими формами аддиктивного поведения.

С помощью теста В.В. Бойко СЭВ выявили у 67,6% врачей. При этом фазу напряжения определили у 12,8% респондентов, фазу резистенции — у 34%, фазу истощения — у 14,8%. Достоверных отличий по полученным показателям в зависимости от структуры алкоголизации врачей не отметили. Так, фаза напряжения была сформирована у 12,6% абстинентов и умеренно пьющих; у 12,9% употребляющих алкоголь с вредными последствиями и у 20% с синдромом зависимости от алкоголя. Фазу резистенции выявили у 33,9% не злоупотребляющих алкоголем; у 29% злоупотребляющих, у 50% с зависимостью от алкоголя. Фаза истощения сформирована по группам у 14,9, 12,9 и 50% соответственно.

При исследовании уровня тревожности у врачей установили усиление личностной тревожности ($p < 0,05$), при этом различия в показателях реактивной тревожности отсутствовали.

Мы проанализировали также распространенность невротических расстройств у врачей. Изменения по ШТ выявили у 94 (24,5%) врачей; по ШД — у 145 (37,8%); по ША — у 90 (23,5%); по ШИ — у 80 (20,8%); по ШО — у 66 (17,3%); по ШВ — у 87 (22,7%). Выявленные отличия в зависимости от тяжести алкоголизации представлены в табл. 3. Установили депрессивные расстройства у 80% врачей с синдромом зависимости от алкоголя, что больше по сравнению с таковым среди врачей, не имеющих алко-

Таблица 3

Распространенность невротических расстройств среди врачей с учетом структуры алкоголизации

Шкала невротического расстройства	Структура алкоголизации		
	незлоупотребляющие (n = 342)	употребление алкоголя с вредными последствиями (n = 31)	синдром зависимости от алкоголя (n = 10)
ШТ	84 (24,5)	8 (25,8)	2 (20)
ШД	124 (36,3)	13 (41,9)	5 (80**)
ША	75 (21,1)	10 (32,3)	5 (80***)
ШИ	70 (20,5)	7 (22,6)	3 (30)
ШО	57 (16,7)	5 (16,2)	4 (40*)
ШВ	70 (20,5)	9 (29,1)	8 (80***)

Примечание. Здесь и в табл. 4: достоверность различий с показателями в группе не злоупотребляющих алкоголем: * — $p < 0,05$; ** — $p < 0,01$; *** — $p < 0,001$.

гольной патологии ($p < 0,01$); астенические расстройства имели такое же соотношение — 80% ($p < 0,001$). Вегетативные нарушения также достоверно чаще встречались у врачей с алкогольной зависимостью ($p < 0,001$).

Провели также анализ социального функционирования врачей. Согласно полученным данным, материальным положением не удовлетворены 89,5% врачей; проведением отпуска и своего досуга — 61 и 54,5% соответственно; жилищно-бытовыми условиями — 45,2%; содержанием работы — 29,7%; взаимоотношениями с администрацией — 23%; отношениями в семье — 12,8%; отношениями с коллегами — 8,8%.

Неудовлетворенность основными аспектами социальной жизнедеятельности представлена в табл. 4. Врачи с алкогольной зависимостью были в большей мере не довольны своим материальным положением, чем врачи, не имеющие алкогольных проблем ($p < 0,001$). У врачей с пагубным употреблением алкоголя достоверно выше был показатель неудовлетворенности проведением досуга и отпуска ($p < 0,05$), а также взаимоотношениями с администрацией на работе ($p < 0,05$).

Результаты анализа данных, характеризующих отношение врачей к своей работе и профессии, показали, что 35% хотели бы сменить место работы. При этом таковых среди медицинских работников с алкогольными расстройствами оказалось 82,2%, а среди не злоупотребляющих алкоголем — 34,8%. Сменить профессию врач желают 16% респондентов, т. е. каждый шестой из опрошенных (59,3% врачей с алкогольными расстройствами и 14,9% не злоупотребляющих алкоголем).

Мы оценили также показатели сопутствующей хронической соматической патологии. Выявили, что у 69,2% врачей имеются болезни костно-мышечной системы (БКМС); у 51,9% — болезни системы кровообращения (БСК); у 41,7% — болезни органов пищеварения (БОП); у 19,1% — болезни органов выделительной системы (БОВ), у 3,6% — заболевания эндокринной системы (БЭС).

У врачей, не злоупотребляющих алкоголем, хронические соматические заболевания были выражены в равной степени за исключением эндокринных заболеваний ($p < 0,001$) и БОВ, которые являлись преобладающими по сравнению с БСК ($p < 0,05$). При этом среди употребляющих алкоголь с вредными последствиями заболеваний

Таблица 4

Показатели неудовлетворенности врачей основными потребностями с учетом структуры алкоголизации

Показатель	Структура алкоголизации		
	не злоупотребляющие (n = 342)	употребление алкоголя с вредными последствиями (n = 31)	синдром зависимости от алкоголя (n = 10)
Материальное положение	306 (89,5)	27 (87)	10 (100***)
Жилищно-бытовые условия	153 (44,7)	16 (51,6)	4 (40)
Содержание работы	100 (29,2)	10 (32,2)	4 (40)
Взаимоотношения с администрацией	72 (21)	12 (38,7*)	4 (40)
Отношения с коллегами	29 (8,5)	5 (16,1)	0 (0)
Отношения в семье	43 (12,6)	6 (19,3)	0 (0)
Проведение досуга	183 (53,5)	21 (67,7*)	5 (50)
Проведение отпуска	204 (59,6)	23 (74,2*)	6 (60)

Таблица 5

Распространенность хронических соматических заболеваний у врачей с учетом структуры алкоголизации

Хроническое соматическое заболевание	Структура алкоголизации		
	незлоупотребляющие (n = 342)	употребление алкоголя с вредными последствиями (n = 31)	синдром зависимости от алкоголя (n = 10)
БКМС	236 (69)	20 (64,5)	9 (90)
БСК	170 (49,7)	21 (67,7)	8 (80*)
БОП	143 (41,8)	13 (41,9)	4 (40)
БОВ	69 (20,2)	4 (12,9)	—
БЭС	14 (4,1)	—	—

эндокринной системы не выявили. Врачи с синдромом зависимости от алкоголя также не отметили у себя БОВ и БЭС.

Однако мы обнаружили, что сердечно-сосудистые заболевания чаще встречаются среди врачей с алкогольной зависимостью, чем среди тех, кто не злоупотребляет алкоголем ($p < 0,05$). Распространенность хронических соматических заболеваний у врачей с учетом структуры алкоголизации представлена в табл. 5.

Таким образом, выявленная распространенность наркологической патологии, связанной с употреблением алкоголя, среди врачей Забайкальского края составила 10,6%, в том числе синдром зависимости от алкоголя — 2,6%.

При этом среди данного контингента преобладали мужчины-хирурги со стажем работы от 10 до 20 лет: наркологическая патология у мужчин встречалась в 8 раз

чаще, чем у женщин. Установлено, что у злоупотребляющих алкоголем лиц чаще наблюдаются заболевания системы кровообращения, чем среди незлоупотребляющих ($p < 0,05$). Кроме того, наркологические расстройства, вызванные употреблением алкоголя, чаще сопровождаются у врачей другими формами аддиктивного поведения (табакокурение, переедание и чрезмерное употребление кофеина).

При анализе распространенности невротических расстройств выявили, что среди врачей с синдромом зависимости от алкоголя достоверно преобладали депрессивные, астенические и вегетативные нарушения.

У подавляющего большинства врачей сформирован СЭВ (67,6%), медицинские работники не удовлетворены материальным положением, проведением своего досуга и отпуска, а также жилищно-бытовыми условиями. При этом каждый третий врач хотел бы сменить место работы (35%), а каждый шестой — профессию (16%).

ЛИТЕРАТУРА

1. Бойко В.В. Энергия эмоций. СПб.: Питер; 2004.
2. Морозов Л.Т. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2012; 1: 25—9.
3. Москаленко В.Д. Зависимость: семейная болезнь. М.: ПэрСэ; 2004.
4. Сорокина М.Г. Научное обоснование мероприятий по сохранению здоровья медицинских работников агропромышленного района: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Рязань; 2006.
5. Тищенко П.Д. Журнал независимой психиатрической ассоциации. 2000; 4: 18—21.
6. Яхин К.К., Менделевич Д.М. Клинический опросник для выявления и оценки невротических состояний. М.; 2005.
7. Thomas F., Babor T.F. The alcohol use disorders identification test (AUDIT). World Health Organization; 2001.

Поступила 15.01.13

Обзоры

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2013

УДК 616.851-02:613.83]-08

Б.Д. Цыганков¹, С.А. Шамов^{1, 2*}, М.Н. Земсков²

ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ АБСТИНЕНТНОГО, ПОСТАБСТИНЕНТНОГО СОСТОЯНИЯ НАРКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

¹Кафедра психиатрии, наркологии и психотерапии факультета последипломного образования ГБОУ ВПО "Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.Е. Евдокимова, 127473, Москва, Россия;
²ГКУЗ НКБ № 17 ДЗ г. Москвы, 117405, Москва, Россия

*Шамов Сергей Александрович (Shamov Sergey Aleksandrovich). E-mail: natalia.v.markina@yandex.ru

♦ На основе анализа современного состояния вопроса рассмотрена проблема выбора эффективного метода лечения алкоголизма и наркоманий. С учетом знаний об известных механизмах развития наркологического заболевания предложены варианты патогенетического воздействия при подборе терапии. Представлен обзор научных данных, касающихся основных направлений медикаментозного воздействия на абстинентное и постабстинентное состояние наркологических больных. Подчеркнута эффективность сочетанного применения нейролептиков, бензодиазепинов, антидепрессантов и блокаторов опиоидных рецепторов (т. е. терапевтической модели) при проведении лечения как элемента становления длительной ремиссии.

Ключевые слова: синдром зависимости, абстинентный синдром, аффективные нарушения, психофармакотерапия, ремиссия

B.D. Tsygankov, S.A. Shamov, M.N. Zemskov

THE APPROACHES TO TREATMENT OF WITHDRAWAL AND POST-WITHDRAWAL CONDITION IN NARCOLOGIC PATIENTS

The A.E. Evdokimov Moscow state medical stomatological university, 127473 Moscow, Russia