что приводит к возникновению невротических расстройств, психосоматических заболеваний. Профессиональный труд педагога отличает высокая эмоциональная загруженность, и, как следствие этого, с увеличением стажа педагоги испытывают «педагогический криз» [2, с. 125].

Труд педагога относится к группе профессий с повышенной моральной ответственностью за здоровье и жизнь учащихся, воспитанников и общества в целом. О высокой срессогенности преподавательской работы говорят исследования многих авторов (Т. Гордон, С.В. Кривцова, Е.А. Мухаматулина, и др.). Они обнаружили наличие специфических для педагогической деятельности стрессов и факторов дезадаптации, указывая на то, что показатели степени выраженности профессиональных деформаций и неврозов у учителей выше, чем средние показатели популяции. Кроме того, установлена зависимость продолжительности работы педагога с детьми и появления у него такого вида профессиональной деформации, как «синдром эмоционального сгорания» [1, с. 199].

Многие исследования доказывают, что для значительного числа педагогов характерно развитие таких профессиональных деформаций, как эмоциональная неустойчивость, высокий уровень тревожности, напряженность. У эмоционально неустойчивых педагогов слабо развит контроль. Р. Кеттелл указывает на неспособность таких людей контролировать эмоции и импульсивные влечения, выражать их в социально допустимой форме. Внешне эти особенности проявляются в виде слабо развитого эмоционального контроля, отсутствия чувства ответственности, в высокой импульсивности, которые отражают астено-невротическое состояние эмоциональной неустойчивости личности, то есть беспомощность, неспособность справиться с жизненными трудностями [4, с. 280].

Педагогическая деятельность способствует формированию неадаптивных стереотипов поведения, следствием чего является нарастание внутреннего конфликта, что так же приводит к нарушению психического здоровья. При этом мы можем выделить этапы регрессии психического здоровья педагогов:

- 1. Воздействие стресса, который является первоначальным толчком к изменению психического здоровья;
- 2. Эмоциональная неустойчивость как результат воздействия стресса;
- 3. Формирование неадаптивных копингстратегий поведения в когнитивной, эмоциональной и поведенческой сферах, хотя у человека возникает ощущение, что с помощью них он преодолевает эмоциональный стресс;
- 4. Внутренний конфликт, который является следствием неадаптивных копинг-стратегии поведения [5, с. 253].

Таким образом, психологическое самочувствие педагога оказывает непосредственное влияние на всю атмосферу школьного учреждения. По мнению Е.С. Асмаковец, отрицательно окрашенные психологические состояния педагога снижают эффективность воспитания и обучения детей, повышают конфликтность во взаимоотношениях с воспитанниками, родителями, коллегами, способствуют возникновению и закреплению в структуре характера и профессиональных качеств негативных черт, разрушают психическое здоровье, обуславливают высокую напряженность, агрессивную самозащиту, подавляют творческую активность.

Список литературы

- 1. Безносов С.П. Профессиональная деформация личности. СПб.: Речь, 2007. 271 с.
 2. Бойко В.В. Энергия эмоций в общении: взгляд на
- себя и на других. М., $\hat{1}996$.
- 3. Варданян Б.Х. Механизмы регуляции эмоциональной устойчивости // Категории, принципы и методы психологии // Психические процессы. – М., 1983. – С. 542–543.
- 4. Глушкова, Н.И. Эмоциональная неустойчивость учителя общеобразовательной школы как показатель психологического здоровья // Сб. науч. тр. – СГУ, 2004. – 281 с.
- 5. Зеер Э.Ф. Психология профессионального образования. – М.: Воронеж, 2008. – 305 с.

«Инновационные направления в педагогическом образовании», Индия (Гоа), 15-26 февраля 2012 г.

Медицинские науки

ВЛИЯНИЕ ОБЩИХ ПРЕСНЫХ ВАНН И ФИЗИЧЕСКИХ ТРЕНИРОВОК ПРИ РАЗНОЙ ДЛИТЕЛЬНОСТИ НАЗНАЧЕНИЯ НА БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА (АРИТМИИ)

Радченко Е.А., Клеменков А.С.

НИИ Медицинских проблем севера, Красноярск, e-mail: klem55@mail.ru

Обследовано 97 больных ИБС со стабильной стенокардией 2 ФК по Канадской классификации с нарушениями ритма. Средний возраст больных составил $50,0 \pm 4$ года. У 22 больных ИБС сочеталась с гипертонической болезнью 2 степени по классификации ВОЗ.

Больные были разделены на 3 равноценные группы, сопоставимые по основным клиническим показателям. Первая группа - 34 больных ИБС, получавшие курс общих пресных ванн (2 ванны в неделю, через день) в течение 1 месяца в амбулаторных условиях. Лечение проводилось 1 год. Вторая группа - 31 больной ИБС, получавшие курс общих пресных ванн (2 ванны в неделю, через день) в течение 3 месяцев в амбулаторных условиях. Лечение проводилось 1 год. Третья — 32 больных ИБС, получавшие курс общих пресных ванн (2 ванны в неделю, через день) в течение 1 месяца и лечебную гимнастику в амбулаторных условиях. Лечение проводилось 1 год. Ванны назначались при температуре воды 35–36 °С, длительность процедуры 10–12 мин. Лечение осуществлялось в физиоотделении поликлиники БПО №1 г. Красноярска. Больные 1 и 2 групп получали также курс физических тренировок на велоэргометре.

До и после лечения больным ИБС 1–3 группы проводили амбулаторное монитори-рование ЭКГ по Холтеру, которое осуществлялось с помощью комплекса «Хьюлетт-Паккард.

Определяли среднее число желудочковых аритмий 1–3 класса по Б. Лауну за 24 часа, общую длительность болевой (БИМ) ишемии миокарда за 24 часа (мин). Исследование рандомизированное, контролируемое. Медикаментозное лечение в группах больных ИБС осуществлялось β-блокаторами.

Статистическая обработка результатов исследования проводилась на персональном компьютере «Intel Pentium-2.

По данным амбулаторного мониторирования ЭКГ, до лечения у больных ИБС 1–3 групп среднее число желудочковых аритмий по Б. Лауну достоверно не различалось. После курса лечения среднее число желудочковых аритмий 1–3 класса по Б. Лауну в 1 группе больных ИБС достоверно уменьшалось на 65,8%, во 2 — на 68,9%, в 3 — на 12,9%. Уменьшение среднего числа желудочковых аритмий 1–3 класса по Б. Лауну было достоверно большим во 2 группе больных

Следовательно, увеличение длительности назначения общих пресных ванн и ФТ оказывает достоверно больший антиаритмический эффект у больных ИБС.

В 1–3 группах больных ИБС до лечения достоверных разницы в величине общей длительности БИМ не выявлялось. После курса лечения у 1 группы больных ИБС общая длительность БИМ достоверно уменьшалась на 45,9%, во 2 — на 50,7%, в — на 3,8%. Уменьшение величины общей длительности БИМ было достоверно большим во 2 группе больных.

Следовательно, увеличение длительности назначения общих пресных ванн и ФТ у больных ИБС оказывает достоверно больший эффект в отношении БИМ.

Таким образом, увеличение длительности назначения общих пресных ванн и физических тренировок с 1 до 3 месяцев в год у больных ИБС со стабильной стенокардией 2 функционального класса оказывает достоверно больший антиаритмический эффект и эффект в отношении болевой ишемии миокарда.

ВЛИЯНИЕ ОБЩИХ ПРЕСНЫХ ВАНН И ФИЗИЧЕСКИХ ТРЕНИРОВОК ПРИ РАЗНОЙ ДЛИТЕЛЬНОСТИ НАЗНАЧЕНИЯ НА БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА (ФИЗИЧЕСКАЯ РАБОТОСПОСОБНОСТЬ)

Радченко Е.А., Клеменков А.С. НИИ Медицинских проблем севера, Красноярск, e-mail: klem55@mail.ru

Обследовано 97 больных ИБС со стабильной стенокардией 2 ФК по Канадской классификации с желудочковыми аритмиями 1–3 класса по Б. Лауну. Средний возраст больных составил $50,0\pm4$ года. У 22 больных ИБС сочеталась с гипертонической болезнью II степени по классификации ВОЗ.

Больные были разделены на 3 равноценные группы, сопоставимые по основным клиническим показателям. Первая группа - 34 больных ИБС, получавшие курс общих пресных ванн (2 ванны в неделю, через день) в течение 1 месяца в амбулаторных условиях. Лечение проводилось 1 год. Вторая группа - 31 больной ИБС, получавшие курс общих пресных ванн (2 ванны в неделю, через день) в течение 3 месяцев в амбулаторных условиях. Лечение проводилось 1 год. Третья – 32 больных ИБС, получавшие курс общих пресных ванн (2 ванны в неделю, через день) в течение 1 месяца и лечебную гимнастику в амбулаторных условиях. Лечение проводилось 1 год. Ванны назначались при температуре воды 35-36 °C, длительность процедуры 10-12 мин. Лечение осуществлялось в физиоотделении поликлиники БПО №1 г. Красноярска.

До и после лечения больным ИБС 1–3 группы проводили спировелоэргометрическое исследование (аппараты ВЭ-02, Мингограф-34, Спиролит-2). На высоте физической нагрузки определяли потребление кислорода на 1 кг массы тела, частное отдыха, двойное произведение (пульс×давление). Исследование рандомизированное, контролируемое. Медикаментозное лечение в группах больных ИБС осуществлялось β-блокаторами.

Статистическая обработка результатов исследования проводилась на персональном компьютере «Intel Pentium-II»

До лечения в группах больных ИБС достоверной разницы в величине показателей физической работоспособности не отмечалось. Следовательно, уровень физической работоспособности и коронарного резерва сердца у больных ИБС 1–3 групп существенно не различался.

После курса лечения показатели физической работоспособности у больных ИБС 1–3 групп возрастали: достоверно увеличилась величина двойного произведения и потребления кислоро-