перстно-тощекишечного изгиба (ДТКИ) под сагиттальным сегментом петли (будущая правая ½ ОбК) влево от средней линии, где образуются петли тощей кишки. В результате поперечная ОбК оказывается выше и верхней брыжеечной артерии, и ДТКИ. У эмбрионов крысы ГПЖ растет каудально под давлением очень крупных дорсальных отделов печени, в т.ч. в брыжейку задней кишки, ДТКИ остается на средней линии, оттесняя влево от нее и от краниальной брыжеечной артерии заднюю кишку, а тощая кишка остается справа от средней линии и артерии, где позднее, после репонирования физиологической пупочной грыжи образует свои петли. Петли подвздошной кишки лежат в правой части пупочного грыжевого мешка, после вправления в брюшную полость чаще размещаются слева. Поэтому краниальная брыжеечная артерия у плодов крысы оказывается справа от среднего сегмента восходящей ОбК, которая под давлением ГПЖ образует предпанкреатическую дорсальную петлю. Слепая кишка у человека сохраняет подпеченочное положение в отсутствие вторичных сращений в ее области (как у крысы) или при их ускоренном течении с ранней фиксацией слепой кишки. Короткая поперечная ОбК (левая половина почти отсутствует) и неразвитость сигмовидной ОбК крысы (редукционный морфогенез) также первично обусловлены особенностями роста ее печени.

ОБОСНОВАНИЕ ТЕХНОЛОГИИ ПРИМЕНЕНИЯ ЭФИРНЫХ МАСЕЛ В ТРЕНИРОВКЕ БЕГУНОВ-СПРИНТЕРОВ

Попов М.В.

ФГОУ ВПО «Волгоградский государственный медицинский университет», Волгоград, e-mail: maximum_777@inbox.ru

Тренировочную и соревновательную деятельность спортсменов с полным основанием можно рассматривать как профессиональную. Ее особенностью является постоянное воздействие придельных физических и психоэмоциональных нагрузок, риск травм и пр. (В.Я. Апчел, В.Н. Цыган, 1999). В результате в ряде случаев может происходить ухудшение функционального состояния организма. Поэтому необходим поиск не допинговых способов противодействия таким негативным явлениям. Это обусловило цель данного исследования: изучение действия эфирных масел на функциональное состояние организма спортсменов для построения схем.

В исследовании принимали участие бегуны – спринтеры различного возраста и квалификации. Критериями эффектов применения эфирных масел были показатели двигательных реакций, психоэмоционального состояния и уровня специальной анаэробной работоспособности.

Под воздействием эфирных масел функциональное состояние изменялось в определенной степени в сторону активации или релаксации, в зависимости от характера используемых масел. Однако индивидуальные реакции не в полной мере соответствовали характеру масла. В связи с этим у участников исследования определили предпочтения запахов тестируемых масел. Субъективное отношение к запаху не имело прямой связи с уровнем тренированности и квалификацией спортсменов. В наибольшей степени предпочтение определялось текущим психоэмоциональным напряжением, показателями уровня тревожности СТ по Спилбергеру. Кроме этого, имелась определенная связь предпочтений запахов с состоянием остаточного тонуса мышц. Этот показатель тесно связан с уровнем утомления функционально активных мышц (А.П. Исаев и соавт., 2006). С учетом того, что предпочтение запаха определяется дисфункцией организма (Ю.Н.Моргалев и соавт., 2002), можно полагать, что субъективное отношение наших обследованных определялось степенью отклонения от оптимума психоэмоциональной сферы и тонуса функционально активных мышц. Динамика изучаемых показателей свидетельствовала о том, что время развертывания эффекта вдыхания запахов составляло около 15 минут. Максимальные изменения показателей функционального состояния продолжались не менее 30 минут. В специальной серии исследований было показано, что такие изменения в состоянии организма спортсмена под действием эфирных масел способствовали улучшению показателей анаэробной физической работоспособности по предельному времени работы с максимальной мощностью. Значительно меньшим было влияние эфирных масел на показатель пиковой анаэробной мощности (по результатам прыжка в высоту вверх с места). Полученные данные дают основания для предположения, что воздействие на физическую работоспособность осуществляется как за счет мобилизации организма (возможностей психики, ЦНС, мышечного аппарата), так и за счет улучшения релаксации работающих мышц (Ю.В. Высочин, 2004).

Эти сведения позволяют определить основные условия применения эфирных масел в тренировочном и соревновательном процессе и построения соответствующих педагогических технологий. По нашему мнению они состоят в следующем:

1. Индивидуальный подбор используемого эфирного масла по предпочтению запаха.

2. В процессе тренировки коррекция крайних психоэмоциональных состояний с помощью соответствующих эфирных масел (успокаивающих, релаксирующих – при избыточном напряжении, тонизирующих – при пониженном возбуждении, астеническом состоянии и пр.).

3. Применение успокаивающих масел после завершения каждого занятия при длительных напряженных тренировках, при симптомах утомления и пр.

4. В соревновательной деятельности использовать эфирные масла в соответствии с индивидуальными предпочтениями, текущим психоэмоциональным состоянием и мышечными ощущениями (повышенный или пониженный тонус и т.д.) исходя из времени развертывания эффекта – за 5–15 минут до старта. В случае необходимости предварить разминку экспозицией эфирных масел.

Планируемые исследования позволят выполнить дальнейшую конкретизацию, направленную на учет техники бега, необходимости коррекции конкретных компонентов соревновательной деятельности. Это позволит осуществить построение технологической схемы применения эфирных масел в тренировочном и соревновательном процессе бегунов-спринтеров.

ОЖИДАНИЯ ОТ ОБЩЕНИЯ С ЛЕЧАЩИМ ВРАЧОМ ПАЦИЕНТОК КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ НА СТАЦИОНАРНОМ И АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПАХ

Строкова Е.В., Наумова Е.А., Шварц Ю.Г.

ГОУ ВПО «СГМУ им. В.И. Разумовского Минздравсоцразвития России», Саратов, e-mail: Lenagrish@mail.ru

Цель: проанализировать особенности взаимодействия в системе «врач-пациент» с позиции пациенток кардиологического профиля с разной тяжестью заболевания.

Материалы и методы. В 1-ю группу вошли 30 женщин, перенесшие инфаркт миокарда или нестабильную стенокардию, 2-ю группу составили 30 амбулаторных пациенток с эссенциальной артериальной гипертонией. У пациенток выяснялось, какого рода помощь они ожидают от лечащего врача (информационную, эмоциональную, непосредственно профессиональную); решает ли врач вопрос соблюдения рекомендаций за счет прогнозирования неблагоприятных исходов в случае несоблюдения этих рекомендаций; выясняет ли врач причину несоблюдения рекомендаций. У пациенток также спрашивалось, какие еще моменты общения с врачом они считают целесообразными.

Результаты. Пациентки 1-й и 2-й группы были сопоставимы по возрасту, уровню образованности, семейному положению. Практически половина опрошенных женщин в 1-й – 46,7% (14) желали бы получать от лечащего врача комплексную помощь, включающую как непосредственно профессиональную, так и эмоциональную и информационную поддержку. Во 2-й группе пациентки достоверно чаще предпочитали какой-то определенный вид помощи, и в 63, 4% (19) случаев это была непосредственно профессиональная помощь. При этом, 63,5% (19) пациенток 1-й группы считают целесообразным в рамках профессиональной деятельности врача проведение с пациентом дополнительных бесед и разъяснений касательно их состояний, желательно с использованием наглядных пособий, развернутых рекомендаций при выписке, что сопоставимо с пациентками 2-й группы. Врачи, со слов пациенток, «мотивировали» их к тщательному соблюдению рекомендаций путем прогнозирования неблагоприятных исходов в случае их несоблюдения, что субъективно воспринималось пациентками болезненно, как «запугивания» приблизительно с одинаковой частотой в группах (6,6 и 10,2% соответственно). При ответе на вопрос, интересовался ли врач, почему пациент не соблюдал те/иные его рекомендации, 44,8% (13) пациенток из 1-й группы сказали, что такого не было, поскольку они соблюдают абсолютно все рекомендации, во 2-й группе такой ответ встречался достоверно реже (44,8% (13) и 18,2%(6) соответственно, $p = 0,1$).

Выводы. Вне зависимости от тяжести кардиологического заболевания пациенткам с данной патологией недостаточно в общений с лечащим врачом информационной и эмоциональной поддержки.

ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ЭМОЦИОНАЛЬНОЕ ВЫГОРАНИЕ ВРАЧЕЙ-КАРДИОЛОГОВ

Строкова Е.В.

ГОУ ВПО «СГМУ им. В.И. Разумовского Минздравсоцразвития России», Саратов, e-mail: Lenagrish@mail.ru

Цель: выявить факторы, влияющие на степень выраженности синдрома эмоционального выгорания у врачей-кардиологов.

Методы исследования. В исследование включались врачи кардиологических отделений г. Саратова, согласившиеся заполнить тесты-опросники. Участникам исследования предлагалась анкета, включающая вопросы о возрасте респондента, стаже работы по профессии, а также методика диагностики уровня эмпатических (способность к сопереживанию) способностей В.В. Бойко, опросник выявления эмоционального выгорания MBI (Маслач К., Джексон С.). Статистическая обработка результатов проводилась с помощью программы Statistica 8.0.

Результаты. В исследовании согласились принять участие 40 врачей, пригодными для интерпретации оказались 35 анкет. Мужчины составили 25,7% (9 человек) выборки, женщины – 74,3% (26) соответственно. Возраст исследуемых колебался от 24 до 78 лет, составив в среднем 36,6 лет. 74,3% (26 человек) врачей имеют стаж работы в стационаре более 5 лет. Полностью удовлетворены своей работой 40% (14) опрошенных. Все опрошенные показали средний уровень эмоционального выгорания. Однако в синдроме эмоционального выгорания