

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РФ
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования

ПЕНЗЕНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ

Факультет
физико-математических
и естественных наук

Кафедра
«Общая биология и биохимия»

Направление подготовки 44.03.01. Педагогическое образование

Профили подготовки Биология

Форма обучения заочная

ВЫПУСКНАЯ КВАЛИФИКАЦИОННАЯ РАБОТА

на тему:

**«ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ПЕДАГОГОВ С
НАРУШЕНИЕМ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ»**

Студент



Дадаева Яна Николаевна

Руководитель



Сугрובה Г.А.

Нормоконтролер



Клыченков С.В.

Работа допущена к защите (протокол заседания кафедры от 30.06.22 № 16)

Заведующий кафедрой



Карпова Г.А.

Работа защищена с отметкой

хорошо

(протокол заседания ГЭКот 12.07.22 № 3)

Секретарь ГЭК



Клыченков С.В.

Пенза, 2022

СОДЕРЖАНИЕ

ОБОЗНАЧЕНИЯ И СОКРАЩЕНИЯ	3
ВВЕДЕНИЕ.....	4
ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ.....	6
1.1. Нарушения мозгового кровообращения. Виды. Причины.	6
1.2. Физиология мозгового кровообращения.....	12
1.3. Основные признаки нарушения мозгового кровообращения	15
ГЛАВА 2. ОРГАНИЗАЦИИ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.....	17
ГЛАВА 3. РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЯ.....	21
3.1 Общий анализ исследований	21
3.2. Этапы восстановительного периода при нарушении мозгового кровообращении.....	38
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	42
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ	45
ПРИЛОЖЕНИЕ	49
Приложение 1	49
Приложение 2	52
Приложение 3	55
Приложение 4.....	57

ОБОЗНАЧЕНИЯ И СОКРАЩЕНИЯ

1. ОНМК – острые нарушения мозгового кровообращения
2. ПНМК – преходящее нарушение мозгового кровообращения
3. ТИА – транзиторная ишемическая атака
4. ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения
5. ЭКГ – Электрокардиография
6. САК – Субарахноидальное кровоизлияние
7. АД – Артериальное давление
8. ЛФК – Лечебная физическая культура
9. ГАУЗ – Государственное автономное учреждение
здравоохранения
10. МРТ – магнитно-резонансная томография
11. КТ – компьютерная томография
12. АД – артериальное давление
13. иАПФ – ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента
14. МЗ – Министерство здравоохранения
15. МТО – материально-техническое оснащение
16. ЗП – заработная плата
17. КЭИ - кардиоэмболический инсульт
18. ЛИ - лакунарный инсульт
19. ИИ - ишемический инсульт
20. ГИ - геморрагический инсульт
21. МО – медицинская организация
22. ЭКГ – электрокардиограмма
23. ЧДД – частота дыхательных движений
24. СОП – стандартные операционные процедуры
25. КЩС –кислотно-щелочное состояние
26. ТЛТ – тромболитическая терапия
27. МНН - международное непатентованное наименование

ВВЕДЕНИЕ

Ежегодно во всем мире от острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) погибает более 15 миллионов человек. Высокая заболеваемость в России, большое количество случаев, имеющих летальный исход, приводящих к временной нетрудоспособности населения и к первичной инвалидизации – это главные причины выбора данной темы. Также было установлено, что во многих странах, являющихся экономически развитыми, в данный период времени количество пациентов с ОНМК ежегодно снижается, но количество смертей в нашей стране за 2020-2021 год увеличилось и составляет 377 человек на сто тысяч населения. Частота летальных исходов при ОНМК в Российской Федерации занимает второе место по смертности в России. Стойкая утрата трудоспособности, связанная с ОНМК является одной из главных причин инвалидизации населения Российской Федерации [21].

Помимо высокого процента заболеваемости от сосудистых заболеваний в России, стоит вопрос об экономической проблеме, связанной с тем, что только четвертый пациент-педагог, который столкнулся с данным заболеванием возвращается к своей трудовой деятельности. В связи с этим в школах и других учебных заведениях происходит нехватка кадров, следовательно, происходит большая нагрузка на других преподавателей.

Пассивное отношение к данному заболеванию не может быть оправдано, особенно, в наше время развития информационных технологий, когда каждый человек имеет возможность быть максимально осведомленным в вопросах предупреждения данного острого состояния.

Цель исследования: выявить особенности функционального состояния педагогов с нарушениями мозгового кровообращения.

Для реализации цели необходимо решить следующие задачи:

- Изучить современную научную и методическую литературу по исследуемой проблеме.

- Рассмотреть основные причины возникновения и последствия нарушений мозгового кровообращения среди педагогов.
- Изучить и проанализировать особенности функционального состояния педагогов с нарушениями мозгового кровообращения, оценив факторы, способствующие возникновению расстройств кровоснабжения мозга.
- Разработать рекомендации и буклеты по профилактике нарушений мозгового кровообращения.

Объект исследования – педагоги.

Предмет исследования – особенности функционального состояния педагогов, перенесших нарушения мозгового кровообращения.

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

1.1 Нарушения мозгового кровообращения. Виды. Причины.

Профилактика и лечение сосудистых заболеваний нервной системы являются актуальной проблемой клинической неврологии, несмотря на значительные достижения последних лет в этой области медицины. Смертность от сосудистых поражений головного мозга в России занимает второе место после болезней сердечно – сосудистой системы (Е.И. Гусев, 2001). Риск развития инсульта и цереброваскулярных заболеваний вообще повышается с увеличением возраста, как у мужчин, так и у женщин [6]. Однако, как показывает опыт высокоразвитых стран, при проведении целенаправленных профилактических мероприятий возможно значительное снижение заболеваемости цереброваскулярной патологией, смертности и инвалидизации от нее. Важность решения проблем ранней диагностики, профилактики и лечения хронической недостаточности мозгового кровообращения или дисциркуляторной энцефалопатии обусловлена большой распространенностью этого заболевания среди педагогов, выраженными медико-социальными последствиями, а также значимостью этого заболевания как фактора риска развития инсульта [18].

Основная цель системы профилактики инсульта заключается в снижении общей сердечно-сосудистой заболеваемости. Её стратегия определена на основании данных, полученных в крупных национальных и международных профилактических исследованиях. Различают первичную и вторичную профилактику инсульта. Первичная профилактика базируется на массовой и медицинской профилактике инсульта, не является неврологической проблемой, а осуществляется врачами первичного звена – терапевтами, семейными врачами, кардиологами, эндокринологами. Эти специалисты при профилактическом осмотре здоровых лиц могут выявлять

сосудистые факторы риска, с последующим наблюдением и повторными осмотрами (категория А). Основное внимание должно быть направлена на:

1 Активное выявление и адекватное лечение больных артериальной гипертонией (антигипертензивная терапия).

2 Предупреждение кардиоэмболического инсульта у больных с нарушениями ритма сердца.

3 Антитромботическую терапию

4 Хирургическую реконструкцию магистральных артерий головы

5 Коррекцию липидного обмена

Артериальная гипертония имеет отношение к развитию практически всех механизмов развития как геморрагического, так и ишемического инсульта, а гемореологические нарушения являются важной составной частью патогенеза всех подтипов ишемического инсульта. В силу своей значимости и возможности регулирования, АГ является превалирующим и наиболее изменчивым фактором риска, поэтому ее выявление и лечение может обеспечить снижение сосудистой патологии и вероятность развития первичного инсульта [24]. Снижение диастолического АД на 5-6 мм рт ст уменьшает риск развития инсульта на 42%. Наиболее значимыми факторами риска кровоизлияния в мозг являются: артериальная гипертония, злоупотребление алкоголем, курение, наркомания (использование кокаина), применение антикоагулянтов и тромболитиков. Для САК дополнительными факторами риска являются наследственная отягощенность (субарахноидальные кровоизлияния у ближайших родственников) и чрезмерные физические нагрузки. Массовая стратегия заключается в популяционной социальной государственной политике по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний. Сюда относится модификация образа жизни и поведенческих факторов риска инсульта у каждого отдельного человека. Медицинская стратегия профилактики инсульта базируется на представлениях о факторах риска и их коррекции. Вторичная профилактика - это предупреждение прогрессирования заболевания, в частности,

предупреждение повторного инсульта. Она базируется не только на коррекции факторов риска, но и на знании патогенеза ОНМК, поскольку при развитии повторного инсульта его патогенетические механизмы во многих случаях остаются теми же.

Сосудистые заболевания головного мозга делятся на: 1) острые нарушения мозгового кровообращения: преходящие нарушения мозгового кровообращения (транзиторные ишемические атаки, церебральные сосудистые кризы, острая гипертоническая энцефалопатия) и инсульты (инфаркты мозга, внутримозговые кровоизлияния, субарахноидальные кровоизлияния); 2) хроническую недостаточность мозгового кровообращения (ХНМК). К острым нарушениям мозгового кровообращения относят те, при которых в течение короткого времени (от нескольких секунд до нескольких часов, редко до нескольких суток) развивается очаговая неврологическая симптоматика (парезы, параличи, чувствительные нарушения, расстройства статики и координации, нарушения речи, выпадения полей зрения и т. д.). Иногда наблюдаются и общемозговые симптомы: разной степени нарушения сознания (от оглушенности до комы), головная боль, рвота. Если очаговая неврологическая симптоматика исчезает в течение первых 24 часов, считается, что имели место преходящие нарушения мозгового кровообращения. ХНМК в отечественной литературе больше известна под термином «дисциркуляторная энцефалопатия» (ДЭ) [27]. Этим термином в Классификации сосудистых поражений головного и спинного мозга, разработанной в НИИ неврологии РАМН, обозначается цереброваскулярная патология, развивающаяся при множественных очаговых и/или диффузных поражениях мозга [39]. При этом прогрессирование неврологических и психических нарушений может быть обусловлено устойчивой и длительной недостаточностью мозгового кровообращения и/или повторными эпизодами дисциркуляции, протекающими как с острой клинической симптоматикой (острые нарушения мозгового кровообращения), так и субклинически.

Термин «дисциркуляторная энцефалопатия» был предложен Г.А.Максудовым и В.М.Коганом в 1958 г. В международных классификациях болезней девятого и десятого пересмотров (МКБ – 9 и МКБ – 10) этот термин не упоминается, а среди близких по клинической картине состояний представлены церебральный атеросклероз, прогрессирующая сосудистая лейкоэнцефалопатия, гипертензионная энцефалопатия, другие неуточненные поражения сосудов мозга, в том числе ишемия мозга (хроническая) и цереброваскулярная болезнь неуточненная. Однако более конкурентоспособным и предпочтительным оказался термин «дисциркуляторная энцефалопатия» в связи с тем, что он отражает не только морфологическую основу заболевания, но и его патогенез.

Функциональное нарушение мозгового кровообращения представляет собой состояние, вызванное внезапным нарушением кровоснабжения головного мозга. Это происходит тогда, когда часть головного мозга не получает необходимого кровотока по одной из двух причин: кровоснабжение части мозга внезапно прерывается, или потому, что кровеносный сосуд в головном мозге разрывается и разрушается и кровь вторгается в окружающие области. Головной мозг – это центральный орган обработки информации в организме ответственный за управление множеством сложных функций [4]. Без достаточного кровоснабжения клетки мозга начинают отмирать и это приводит к нарушению функций головного мозга. Патогенез нарушений мозгового кровообращения – это клинический синдром, представленный очаговыми неврологическими или общемозговыми нарушениями, развивающийся внезапно вследствие острого нарушения церебральной циркуляции, с полным восстановлением функционирования в течение первых 24 часов. Критическим предвестником надвигающегося инсульта является транзиторная ишемическая атака (ТИА). Неспособность быстро распознать и оценить этот предупреждающий знак может привести к упущению возможности предотвратить инвалидность или смерть пациента. Около 20% пациентов с ишемическим инсультом имеют предшествующий

преходящий ишемический приступ, который клинически определяется как очаговые неврологические симптомы ишемического происхождения, которые проходят спонтанно. Большинство пациентов, имеющие симптомы транзиторной ишемической атаки, должны быть направлены в отделение неотложной помощи. Пациенты, которые поступают в отделение неотложной помощи в течение 180 минут после появления симптомов, должны пройти ускоренный анамнез и физическое обследование, а также у них должны быть взяты пробы для лабораторных анализов, чтобы определить необходимость назначения тромболитической терапии [18]. Начальное тестирование должно включать полный анализ крови с количеством тромбоцитов, временем протромбина, международным нормализованным соотношением, частичным временем тромбопластина и уровнями электролитов и глюкозы. Компьютерная томография головы должна быть выполнена немедленно, чтобы подтвердить отсутствие признаков кровоизлияния в мозг. ТИА может быть ошибочно диагностирована как мигрень, судороги или периферическая невропатия. К сожалению, из-за отсутствия специфических тестов, диагностика ТИА затруднена. Выявлено более 300 факторов риска, которые связаны с развитием сосудистых заболеваний. Медицинские сестры играют важную роль в информировании населения о факторах риска и предупреждающих признаках ишемического инсульта. Разберем основные изменяемые и неизменяемые факторы риска (ФР) развития ОНМК:

- Высокое артериальное давление – главный риск развития сосудистых заболеваний;
- Высокий уровень общего холестерина, триглицеридов – липопротеинов высокой плотности (ЛПВП) и липопротеинов низкой плотности (ЛПНП);
- Употребление табака повышает риск развития сердечно-сосудистых заболеваний, чаще всего среди мужчин педагогов, которые начали табакокурение в молодом возрасте. Пассивное курение – это дополнительный риск;

- Отсутствие физической активности увеличивает риск сердечных заболеваний и инсульта на 50%;
- Лишний вес;
- Сахарный диабет 1 или 2 типа;
- Несбалансированная диета, большое употребление насыщенных жиров.
- Психические расстройства различного генеза (например, депрессия или психоэмоциональный стресс);
- Гипертрофия левого желудочка (ГЛЖ) мощный маркер развития ОНМК.
- Пожилой возраст – самый мощный независимый фактор риска для развития сердечно-сосудистых заболеваний;
- Пол – более высокие показатели развития ОНМК среди мужчин по сравнению с женщинами.

В связи с различными факторами развития нарушений мозгового кровообращения проводят ряд медицинских диагностик и профилактик в учебных заведениях среди педагогов.

Мозг – самая сложная система человеческого организма, которая управляет всей его деятельностью. При помощи этой системы контролируются не только осознанные процессы: речь, движение, эмоции. Мозг также регулирует все процессы, которые происходят в организме автоматически: движение, кровообращение, поддержание равновесия и многие другие. Ученые до сих пор спорят о том, как работает мозг человека [15].

Все информация от тела поступает в головной мозг через спинной мозг. Если спинной мозг поврежден – человек не может двигаться или чувствовать, что происходит с его телом. Также через спинной мозг отдаются команды телу. А вот информация от глаз и ушей идет непосредственно в головной мозг, минуя спинной. Именно поэтому полностью парализованные люди могут без проблем видеть и слышать.

1.2 Физиология мозгового кровообращения

Бесперебойную подачу веществ, необходимых для нервных клеток мозга, и очищение от отходов осуществляет система мозгового кровообращения, где артериальная кровь несет мозгу кислород и питание, а венозная – выносит токсины и продукты метаболизма.

Сосуды головного мозга имеют своеобразную, совершенную структуру, которая идеально регулирует кровоток, обеспечивая его стабильность. Они устроены таким образом, что при увеличенном поступлении крови в крупные сосуды, сильный пульсовой толчок крови, идущий от сердца, ослабляется за счет многочисленных изгибов (сифонов) сосудов по ходу сосудистого русла, которые способствуют перепаду давления и сглаживанию пульсирующего кровотока. За счет сложных механизмов регуляции при повышении общего артериального давления, давление в мозге долгое время остается стабильным. Системы регуляции позволяют перераспределять кровоток из отделов мозга с меньшей нагрузкой на участки с усиленной мозговой деятельностью.

Мозг имеет автономную систему регуляции, что позволяет ему находиться в здоровом функциональном состоянии и контролировать процессы непрерывного приспособления организма к постоянно меняющимся условиям внешней и внутренней среды. В состоянии функционального покоя мозг получает 750 мл крови в минуту, что составляет 15 % от сердечного выброса. У детей активность кровотока на 50-55 % выше, а у пожилых на 20 % ниже, чем у человека в зрелом возрасте.

Следует отметить, что серое вещество мозга (клеточные тела нейронов) обеспечивается кровью более интенсивно, чем белое (проводящие пути), что обусловлено большей активностью клеток. Так при напряженной умственной работе локальный кровоток в коре головного мозга может возрасти в 2-3 раза по сравнению с состоянием покоя [1].

Мозг имеет самую богатую капиллярную сеть. Нервные клетки не только оплетаются, но и пронизываются капиллярами. Сосуды мозга связаны между собой коллатеральными («мостиками»). Артериальное коллатеральное кровообращение головного мозга, важное для поддержания нормального кровотока, играет особенно значительную роль в компенсации нарушений кровообращения при закупорке одной из мозговых артерий.

При высокой интенсивности кровотока в сосудах мозга, давление крови в них поддерживается в относительном постоянстве. Сложная цепь регуляторных механизмов охраняет мозг от падения артериального давления и гипоксии (снижения кислорода). На пути тока крови в мозг встречается множество чувствительных клеток (прессорецепторов, хеморецепторов), способных реагировать на артериальное давление и регулировать ритм сердца и тонус сосудов.

Деятельность сосудодвигательных центров мозга связана не только с нервными и гуморальными механизмами регуляции, но и с системой автономной регуляции, позволяющей, несмотря на значительные колебания общего артериального давления, поддерживать мозговой кровоток на постоянном уровне.

Таким образом, мозговое кровообращение обеспечено сложными регулирующими механизмами, позволяющими поддерживать постоянство поступления необходимых ему веществ.

При избыточном кровоснабжении мозга может произойти его излишняя гидратация (скопление жидкости) с последующим развитием отека и повреждениями жизненно важных центров, не совместимыми с жизнью. Причиной избыточности кровоснабжения может послужить, например, увеличение системного артериального давления до 160–170 мм рт. ст. и выше [3].

В проблеме нарушения кровоснабжения мозга большое внимание уделяется артериям. Но не менее значимо и венозное кровообращение. По венам осуществляется вывод с кровью отработанных веществ (шлаков) — то

есть, очищение мозга. Благодаря этим сосудам поддерживается постоянное внутричерепное давление.

Нарушение венозного оттока ведет к застою крови и накоплению жидкости в мозге, вызывает гидроцефалию с давлением мозговых центров, способствует возникновению флебитов и тромбофлебитов.

Есть еще одна особенность вен мозга, которую необходимо учитывать. Стенка венозного сосуда в мозге не имеет клапанного аппарата, в отличие, например, от вен конечностей (клапаны помогают выдерживать нагрузки, продвигая кровь вверх и не давая ей двигаться в обратном направлении). Поэтому венозная кровь в сосудах мозга свободно пропускается в обе стороны в зависимости от возникшего давления. Это создает опасность быстрого распространения инфекции из пазух носа и глазниц, чему способствуют и анатомические особенности строения носа и его придаточных пазух, находящихся в непосредственной близости от мозга. При кашле венозное давление увеличивается, становится возможным обратный венозный ток, застой, гипоксия мозга [25].

Становится понятным, почему длительные нарушения со стороны органов дыхания, сопровождающиеся постоянным отеком и кашлем, могут вызывать нарушения мозгового кровообращения. Потому что они не только вызывают гипоксию мозга, но и нарушают венозный отток и, являясь постоянным очагом инфекции, способствуют ее проникновению в мозг.

Наблюдать проявления застойных явлений в мозге (расширенные, наполненные кровью сосуды глазного дна) может, например, врач-окулист. Но это видно и невооруженным глазом: красные, отечные глаза после сна (вследствие приема алкоголя накануне, переедания на ночь, недосыпания) служат симптомом застойных явлений в мозге.

1.3 Основные признаки нарушения мозгового кровообращения

При формировании в мозге очага с нарушенным кровоснабжением, у больного может неметь половина туловища (с противоположной месту поражения стороны) и часть лица вокруг губ, возможен кратковременный парез конечностей или других частей тела и лица. Нарушается речь, может возникнуть эпилептический припадок.

При нарушении кровообращения, в зависимости от места поражения, могут слабеть ноги и руки, кружиться голова, больному бывает трудно глотать и произносить звуки, возникает фотопсия (появление в глазах светящихся точек, искр и т.п.) или диплопия (раздвоение видимых предметов). Человек теряет ориентацию, у него возникают провалы в памяти.

Признаки нарушения мозгового кровообращения на фоне гипертонии проявляются в следующем: начинает сильно болеть голова и глазные яблоки, человек испытывает сонливость, у него возникает заложенность ушей (как в самолете во время взлета или посадки) и приступы тошноты. Лицо краснеет, усиливается потоотделение.

В отличие от инсультов все эти симптомы, которые получили название «транзиторные атаки», проходят в течение суток.

Хроническое нарушение мозгового кровообращения (ХНМК) в отличие от острых форм развивается постепенно. При этом различают три стадии заболевания:

На первой стадии симптомы носят расплывчатый характер. Они больше напоминают синдром хронической усталости. Человек быстро утомляется, становится вспыльчивым и рассеянным, забывает некоторые малозначительные моменты. У него нарушается сон, часто меняется настроение, болит и кружится голова.

На второй стадии хроническое нарушение мозгового кровообращения сопровождается значительным ухудшением памяти, развиваются небольшие нарушения двигательных функций, вызывающие шаткость походки. В голове

возникает постоянный шум. Человек плохо воспринимает информацию, с трудом концентрируя на ней свое внимание. Становится раздражительным и не уверенным в себе, теряет интеллект, неадекватно реагирует на критику, часто впадает в депрессию. Он постепенно деградирует как личность и плохо адаптируется в социальном плане. У него постоянно кружится и болит голова. Ему всегда хочется спать. Работоспособность значительно снижена.

На третьей стадии все симптомы усиливаются. Деграция личности переходит в слабоумие, страдает память. Выйдя из дома один, такой человек никогда не найдет дороги обратно. Двигательные функции нарушены, что проявляется в треморе рук, скованности движений. Заметно нарушение речи, раскоординированность движений [36].

ГЛАВА 2. ОРГАНИЗАЦИИ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Сосудистая патология головного мозга является одной из наиболее актуальных проблем в современном мире, особенно часто встречается среди педагогов имеющие важное социальное и экономическое значение, поскольку во многих случаях данная патология приводит к гибели или инвалидности людей в расцвете творческих сил и возможностей. Поэтому необходимо знать возможные причины, факторы риска, основные формы, механизмы развития и компенсации расстройств мозгового кровообращения, для предотвращения и профилактики данного заболевания.

Мной были проведены исследования на базе ПОКБ им. Н.Н. Бурденко города Пензы, среди педагогов, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения. В исследовании участвовали педагоги, у которых были выявлены нарушения мозгового кровообращения всего 50 человек (30 – мужчины, 20 – женщины) средний возраст испытуемых 40-50 лет. Стаж работы составил больше 10 лет.

Среди методов исследования были выбраны опрос, анкетирование, беседа и изучение течения данного заболевания вплоть до ремиссии по индивидуальным историям болезни. Наблюдение за состоянием пациента-педагога, обнаружение, профилактику и устранение различных проблем пациента в соответствии с его нарушенными потребностями осуществлялось по алгоритмам, разработанным на основе данных неврологического отделения с реабилитационными койками для больных с заболеваниями ЦНС и органов чувств на базе ПОКБ им. Н.Н. Бурденко.

Для анализа причин и характера заболевания была разработана анкета по симптоматическому течению заболевания.

Анкета

Тема: Критерии выявления оценки нарушения мозгового кровообращения

1. *Ваш пол...*

1. Женский
2. Мужской

2. *Какой труд преобладает в вашей профессии?*

1. умственный
2. физический

3. *Ваш возраст...*

1. 30-40
2. 40-50
3. старше 60

4. *Ваш стаж работы в школе...*

1. 1-5 лет
2. больше 10 лет
3. 20 и больше лет

5. *Имеются ли у вас скачки артериального давления (АД)?*

1. нет, у меня АД в норме
2. да, иногда мое АД повышается
3. мое АД всегда высоких цифр

6. *Имеете ли вредные привычки...*

1. нет, не имею
2. курю
3. выпиваю алкоголь

7. *Случаются ли у вас головокружение?*

1. нет, не бывает
2. часто головокружение
3. возникают после работы

8. *Возникают ли у вас онемения в конечностях?*

1. да возникают
2. нет, не возникают

9. *Следите ли вы за своим здоровьем?*

1. нет, у меня все в норме
2. прохожу медицинский осмотр 1 раз в год
3. да, я слежу за своим здоровьем, 2 раза в год сдаю анализы крови

10. *Знаете ли Вы, к чему может привести нарушение мозгового кровообращения?*

1. нет, не знаю
2. да я знаю

11. *Имеете ли вы стресс на своей работе...*

1. да имею
2. нет имею

12. *Влияют ли погодные условия на ваше самочувствие?*

1. да влияют
2. нет не влияют

13. *Как часто вы утомляетесь после своей работы?*

1. после 1 часа работы
2. после 3 часов работы
3. после полного рабочего дня
4. не чувствую усталость

14. *Как часто Вы занимаетесь спортом?*

1. каждый день
2. 1 раз в день
3. не занимаюсь спортом

15. *Имели ли ваши родственники отягощенную наследственность при нарушении мозгового кровообращения?*

1. да имеют
2. нет не имеют

Дальнейшая обработка полученных результатов заключалась в использовании статистических методов анализа.

ГЛАВА 3. РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЯ

3.1 Общий анализ исследований

Для анализа эффективности реабилитационного периода было изучено 50 историй болезней на этапе реабилитации и в восстановительный период.

Все эти пациенты поступили в медицинскую организацию в течении первых 6 часов от начала заболевания. У них были выявлены различные виды расстройств от нарушения кровоснабжения мозга. На момент нарушения сознания до уровня оглушения и сопора было у 7 человек (16%), гемиплегия в неврологическом статусе выявлено у 34 пациентов (77%) случаях, бульбарные расстройства – синдром поражения черепных нервов (языкоглоточного, блуждающего и подъязычного), ядра которых располагаются в продолговатом мозге – наблюдалось у 9 больных (7%).

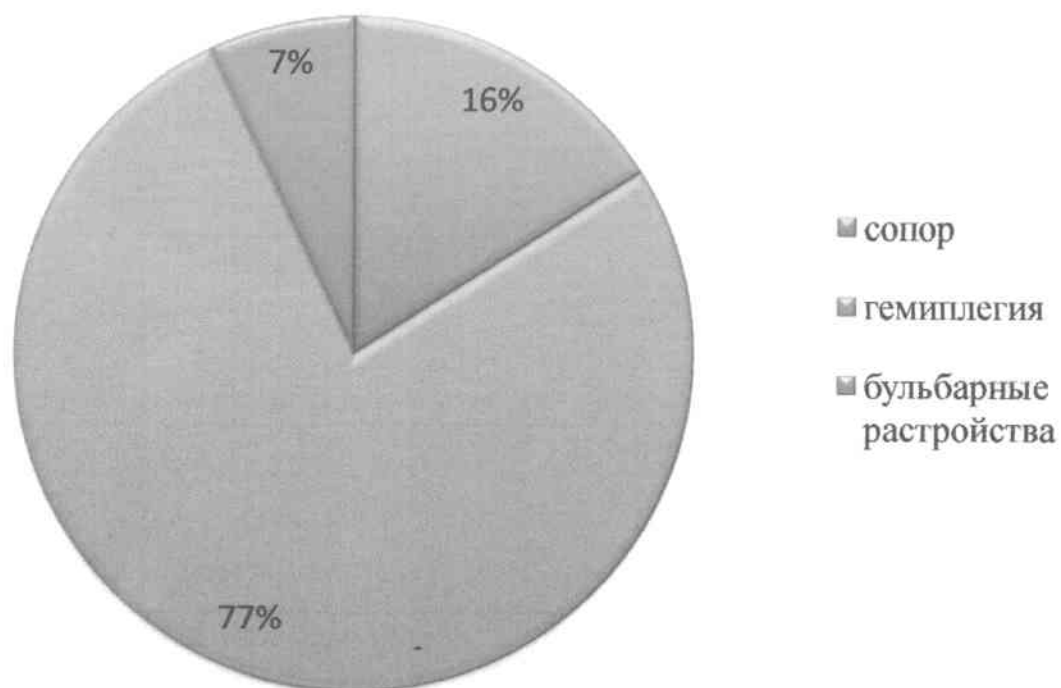


Рисунок 1. Распределение пациентов по видам функциональных нарушений мозгового кровообращения (%)

С целью изучения половозрастных особенностей больных с нарушением мозгового кровообращения среди педагогов было проведено анкетирование, по результатам которого оказалось, что несмотря на больший процент педагогов женщин, пациентов-мужчин в неврологическом отделении было больше (рис.2).

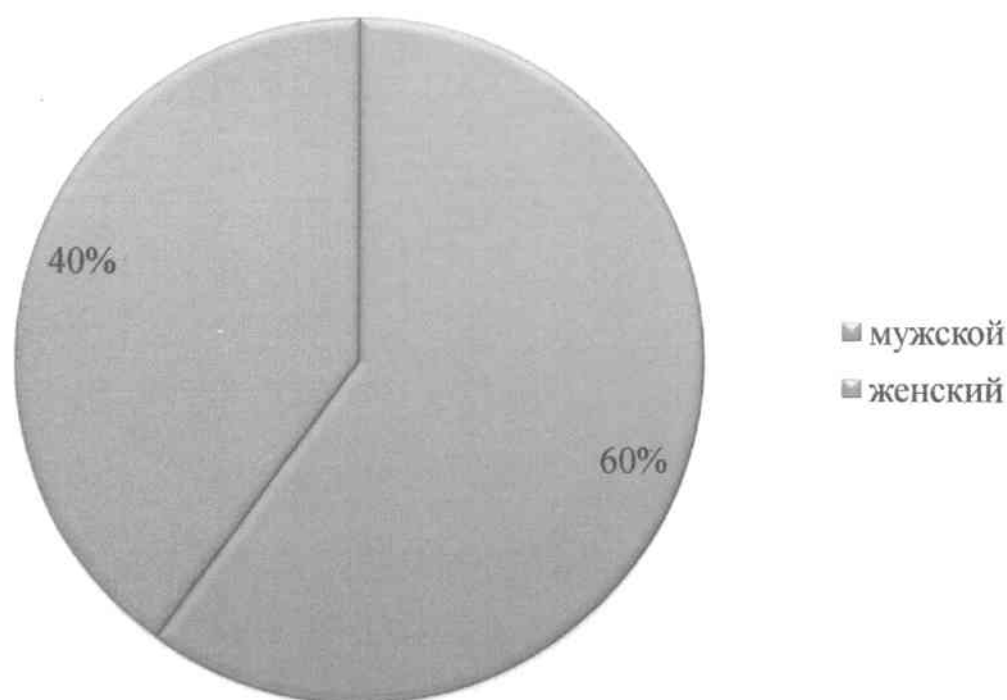


Рисунок 2. Распределение педагогов по полу (%)

Их возраст в среднем был ограничен 40-50 годами. Хотя в литературе имеются данные, согласно которым вероятность развития таких расстройств коррелирует с их частотой и возрастом пациента: чем старше человек, тем выше риск развития нарушения мозгового кровообращения. Чаще всего нарушением мозгового кровообращения страдают педагоги в возрасте старше 60 лет, их количество составило 60%. 20% в возрасте 30-40 лет и также 20% в возрасте 40-50 лет. Можно сделать вывод, что педагогам, не зависимо от

возраста, необходимо четко и своевременно следить за своим здоровьем, правильно распределять своё время на труд и отдых.

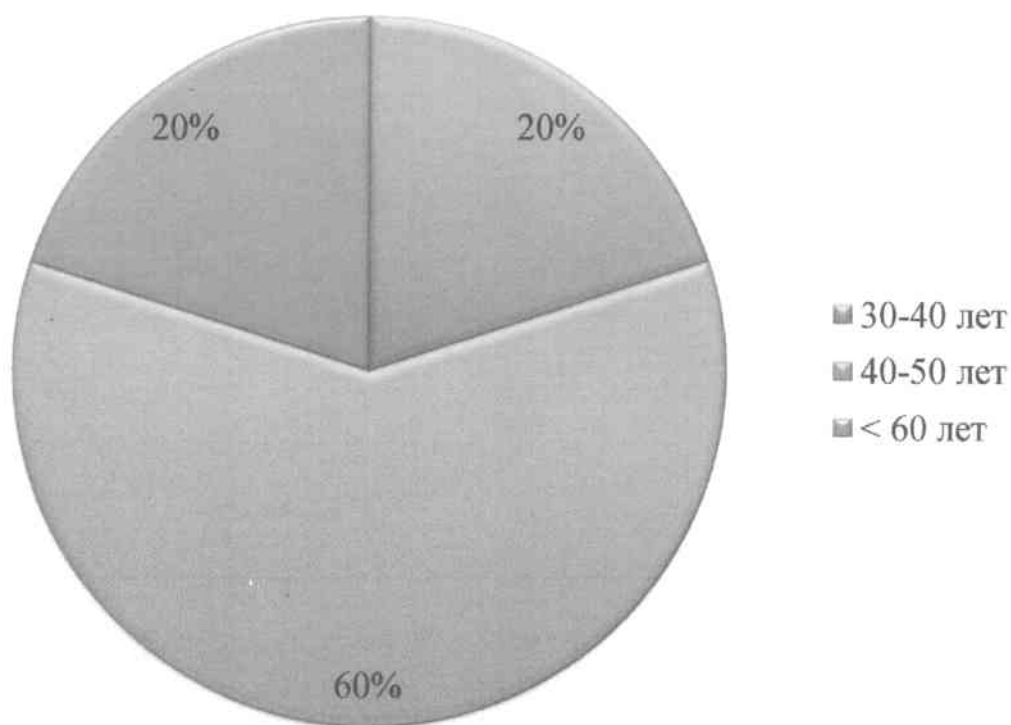


Рисунок 3. Распределение педагогов по возрастным критериям (%)

Из данных анкеты 60% опрошенных педагогов в своей работе занимаются физическим трудом, чаще всего это мужчины, которые ведут такие предметы как основа безопасной жизнедеятельности, технология, физическая культура (рис.4). А остальные 40% – это педагоги, которые преподают гуманитарные, естественные и точные науки в школе. Конечно, в жизни каждого человека есть место активной физической деятельности, но в данном случае акцент делается на занятость в рабочее время, большая часть которого отводится основному труду.

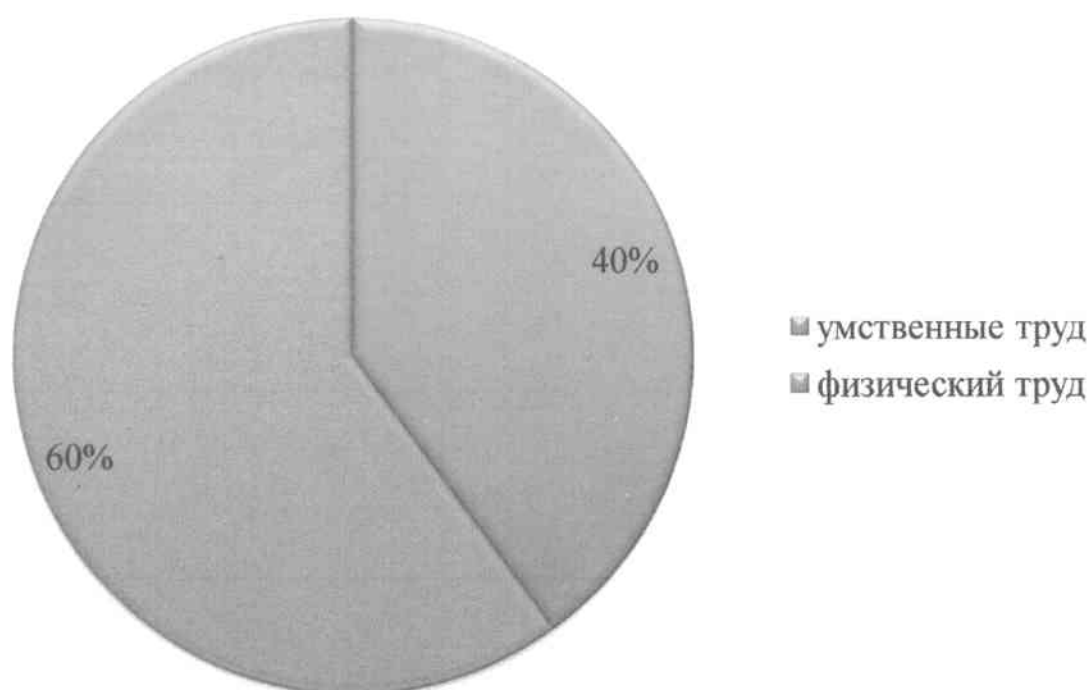


Рисунок 4. Распределение педагогов по виду трудовой деятельности (%)

Излишнее напряжение может привести к нарушению мозгового кровообращения. И это не всегда означает, что должны быть чрезмерные физические нагрузки. Как мы знаем большую часть времени педагогов занимала проверка тетрадей, к этому добавилась систематическая работа за компьютером. Длительное сидение в неправильной позе может привести к напряжению мышц спины, шеи, что, в свою очередь, может привести к нарушению кровообращения. Из диаграммы (рис.5) видно, что 60% опрошенных педагогов, страдающих нарушением мозгового кровообращения, имеют стаж работы более 20 лет. Было выяснено, что они в своей работе испытывали переутомление, стресс, беспокойство за результаты итоговых экзаменационных испытаний своих учеников, что могло способствовать развитию данной патологии. Нарушение мозгового кровообращения было отмечено у 30% педагогов, стаж работы которых составляет более 10 лет. Они также испытывали стресс, переутомление и

страх. А остальные 10% участников опроса с нарушением мозгового кровообращения проработали в школе от 1 года до 5 лет. Мной было выявлено, что главной причиной данной патологии составил стресс перед работой, так как они чувствовали неуверенность и стресс при преподавании своих предметов.

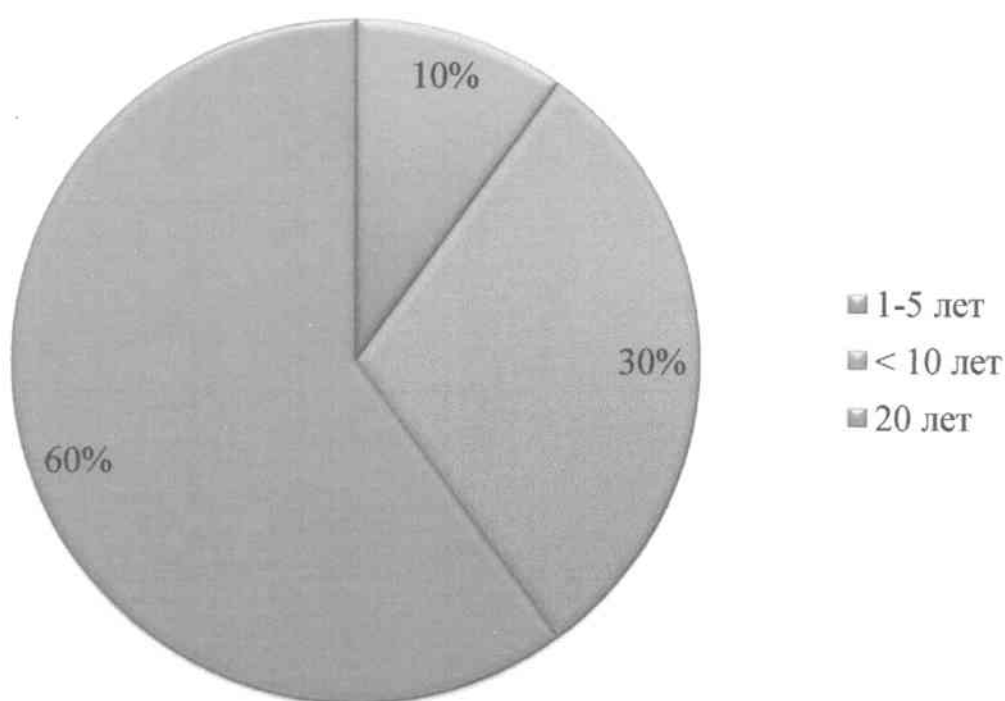


Рисунок 5. Распределение педагогов по стажу работы (%)

Основной причиной нарушения мозгового кровообращения являются вредные привычки. Их имеют мужчины и женщины. 30% педагогов показали, что они курят сигареты, в основном это мужчины. 20% опрошенных выпивают алкоголь – это как женщины так и мужчины. А остальные 50% – не имеют вредных привычек (рис. 6).

Согласно проведенным результатам исследования вредные привычки очень пагубно повлияли на здоровье педагогов: нарушался кислородный

обмен, выявлялась нервная дистрофия, повышалось артериальное давление, учащался пульс, были увеличены печень и селезенка, была выявлена функциональная почечная недостаточность и анемия.

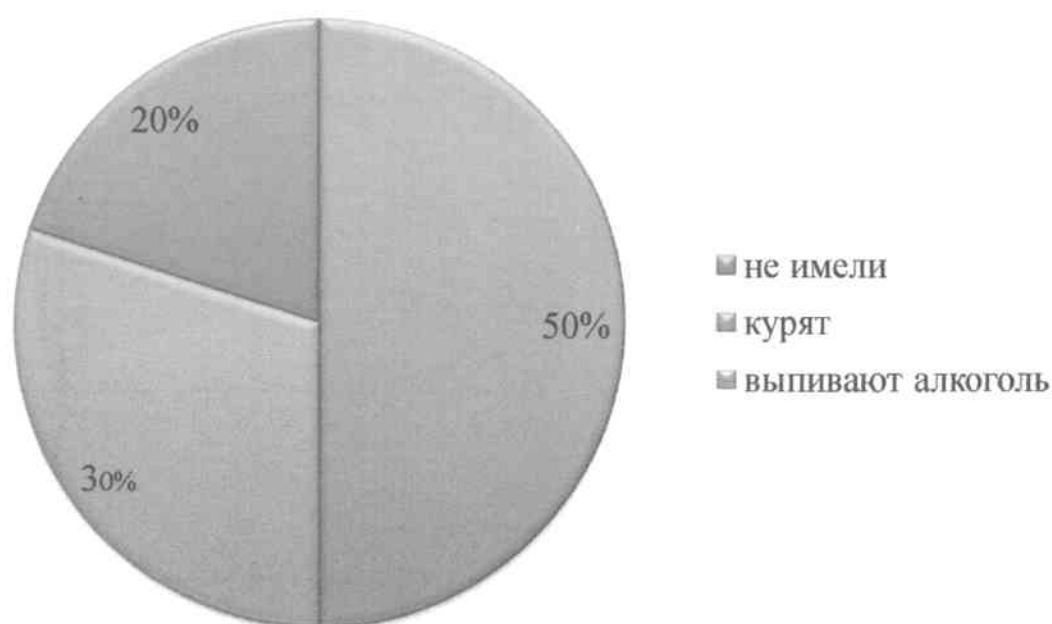


Рисунок 6. Распределение педагогов по наличию вредных привычек (%)

Согласно исследованиям, одной из причин нарушения мозгового кровообращения является повышение АД выше нормы. Результаты анкетирования показали, что у 40% опрошенных педагогов редко повышается артериальное давления, у 30% артериальное давление всегда в норме, а у оставшихся 30% АД чаще всего повышено и они страдают гипертонической болезнью (рис. 7). Из опроса было выяснено, что после перенесенного нарушения мозгового кровообращения педагоги, которые страдают гипертонической болезнью, начали вести дневник артериального

давления, для профилактики и предотвращения повторного нарушения мозгового кровообращения.

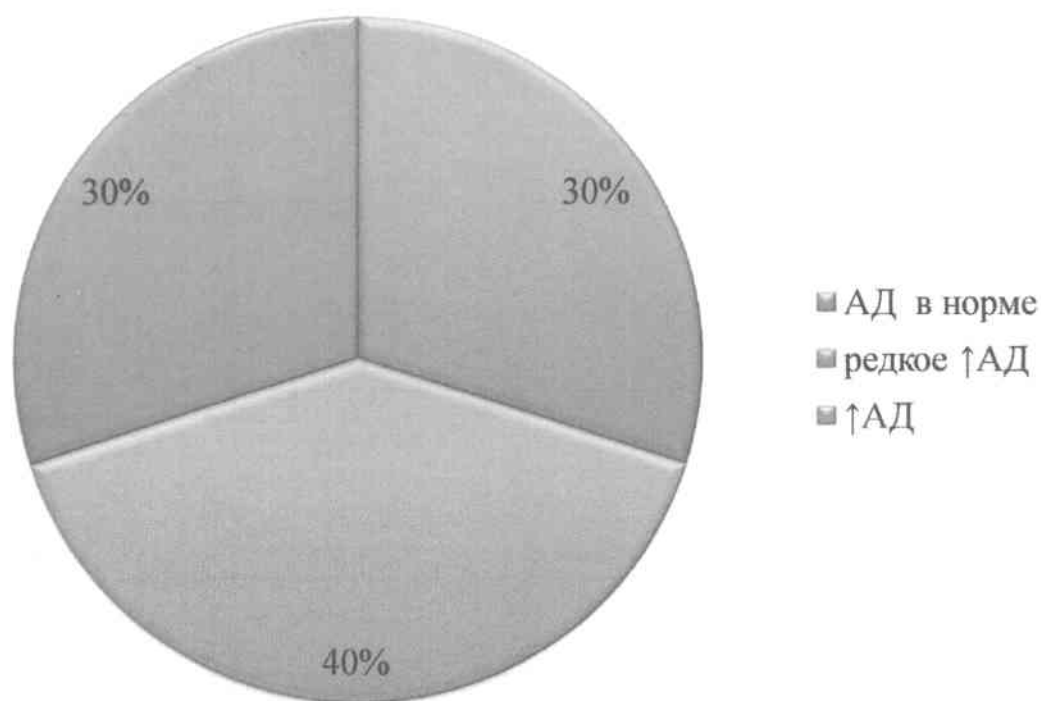


Рисунок 7. Распределение педагогов по изменению артериального давления (%)

Главным и частым признаком нарушением мозгового кровообращения у педагогов было головокружение. Лишь 20% опрошенных не страдали головокружениями (рис. 8). О том, что такой симптом появлялся в их жизни высказались 80% педагогов. Причём у 60% педагогов были частые головокружения, а у 20% чаще всего головокружения возникали после рабочего дня.

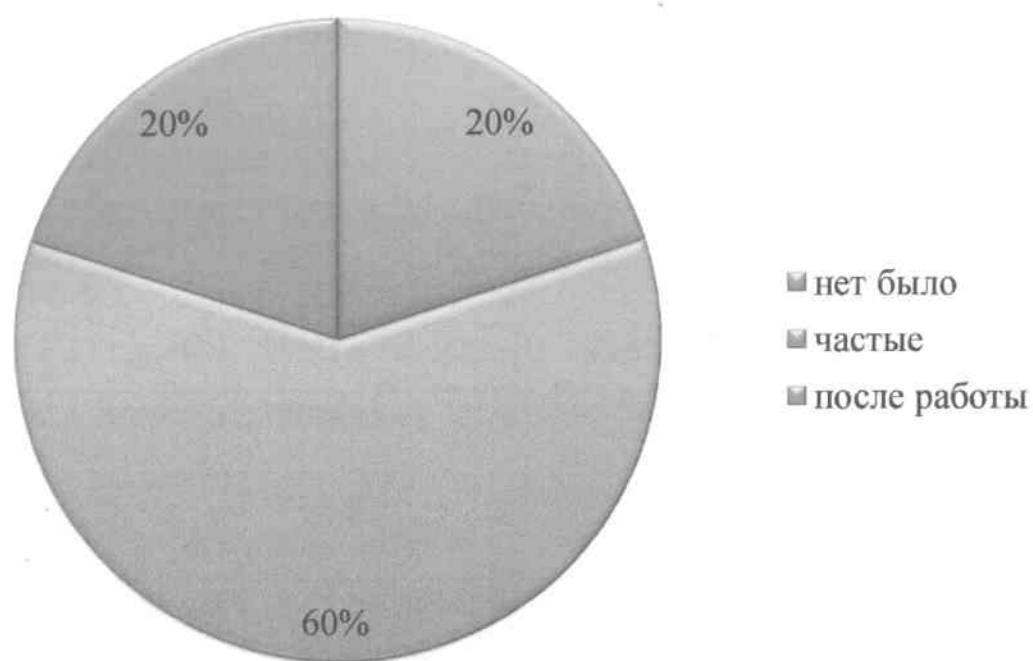


Рисунок 8. Распределение педагогов по наличию головокружения (%)

При данной патологии 70% педагогов страдали онемениями верхних и нижних конечностей.

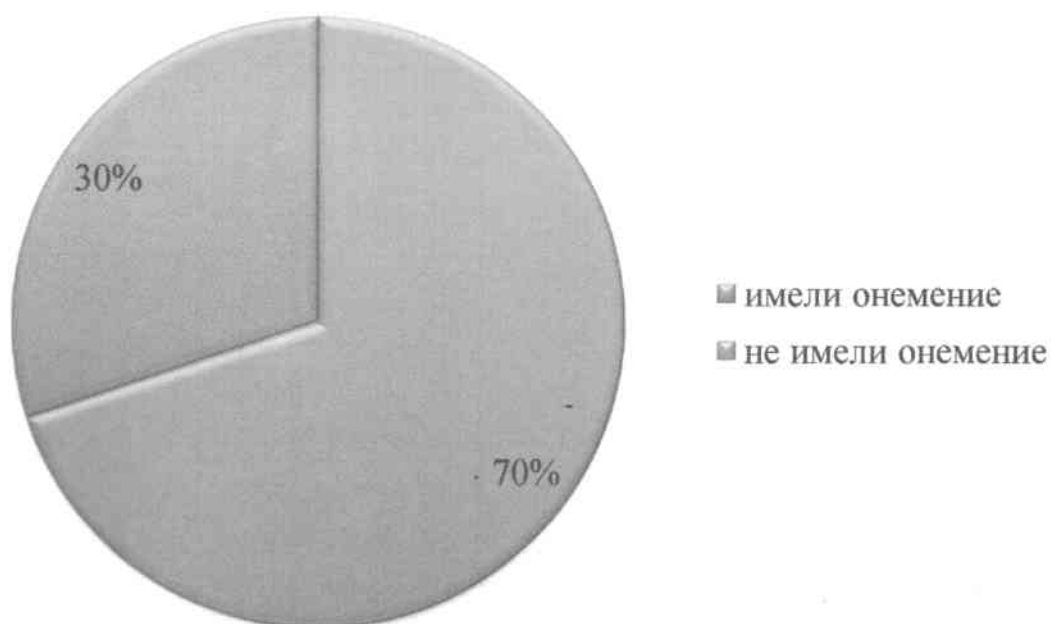


Рисунок 9. Распределение педагогов по наличию онемения конечностей (%)

В их анамнезе был отмечен высокий уровень гемоглобина – больше 130г/л, повышенный уровень тромбоцитов. Как правило, именно это способствует повышению вязкости крови, неправильной, затруднённой работе сосудов головного мозга и может в дальнейшем привести к нарушению мозгового кровообращения. У 30% педагогов данный симптом не наблюдался.

Главной основой своего здоровья, является охрана здоровья. 50% педагогов проходят медицинские осмотры, чаще всего это ежегодный медицинский осмотры на работе для профилактики и выявления заболеваний. 20% педагогов каждые 3 месяца посещают врачей, сдают анализы и выполняют все предписанные рекомендации для профилактики рецидива заболевания. Остальные 30% не проходят медицинские осмотры и не сдают анализы, к чему и приводит резкое и внезапное возникновения нарушения мозгового кровообращения.

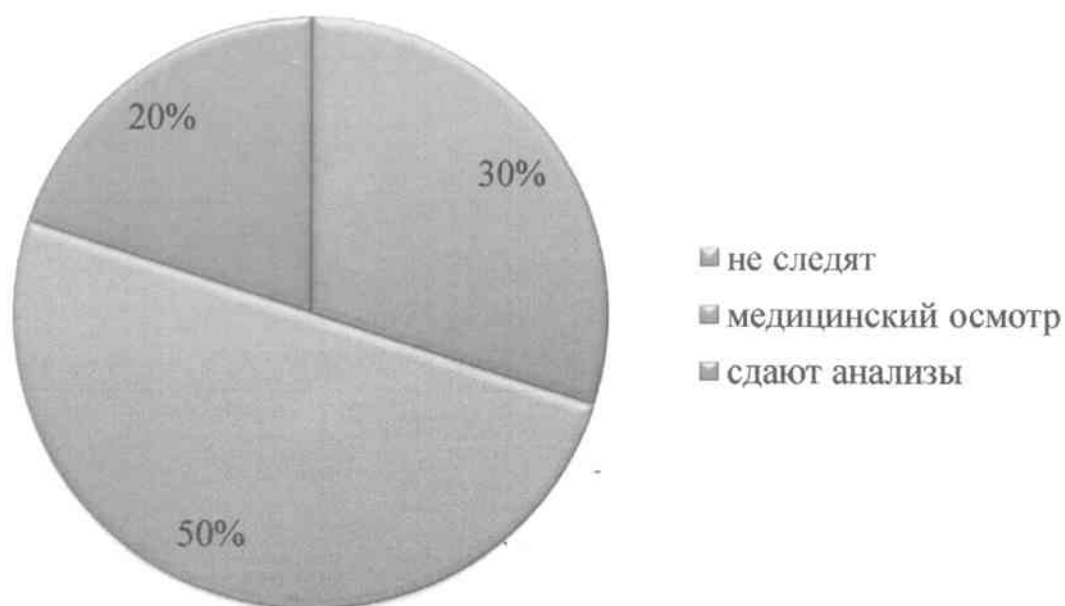


Рисунок 10. Распределение педагогов по показателю заботы о своём здоровье (%)

Владение определённым уровнем знаний о нарушении мозгового кровообращения способствует своевременному предотвращению данной патологии. Но только 30% опрошенных педагогов знают не понаслышке о видах и причинах функциональных расстройств гемодинамики, чаще всего это учителя биологии, географии и физической культуры. 70% не имеют точной информации о данной проблеме, что дополнительно повышает риск возникновения нарушений мозгового кровообращения.

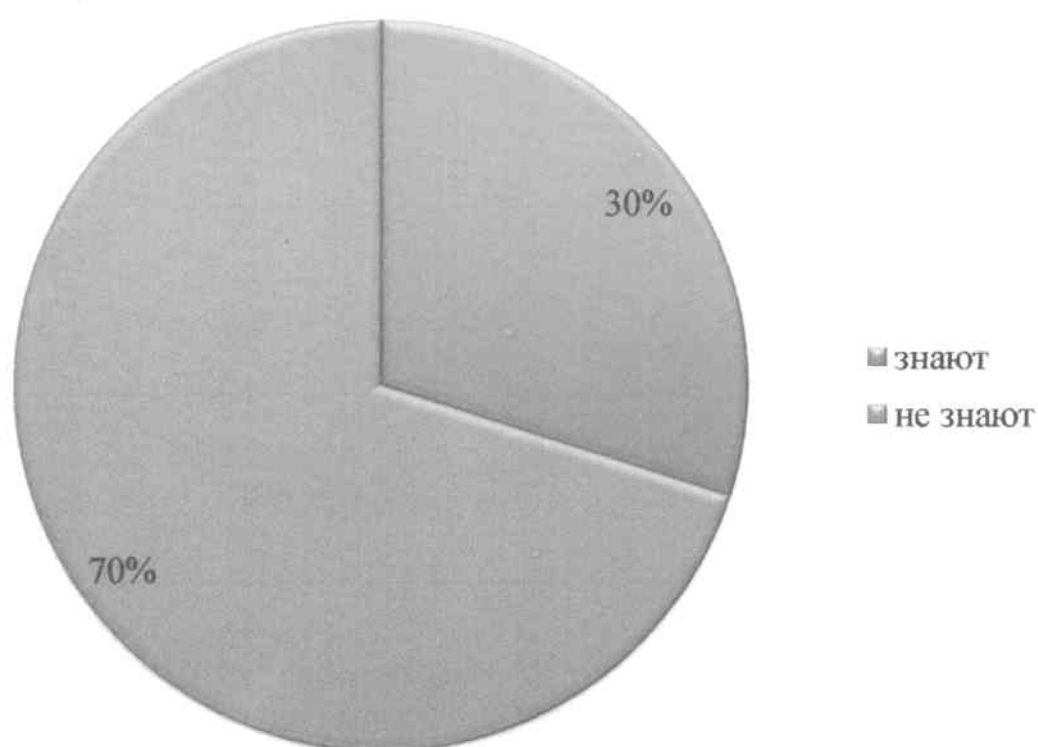


Рисунок 11. Распределение педагогов по уровню знаний о нарушениях мозгового кровообращения (%)

Работа занимает большую часть нашей жизни. Стресс и беспокойство за рабочие ситуации может существенно повлиять на качество нашей жизни. Повышенная тревожность на работе может повлиять на производительность, сроки и качество работы, на отношения с коллегами, руководством.

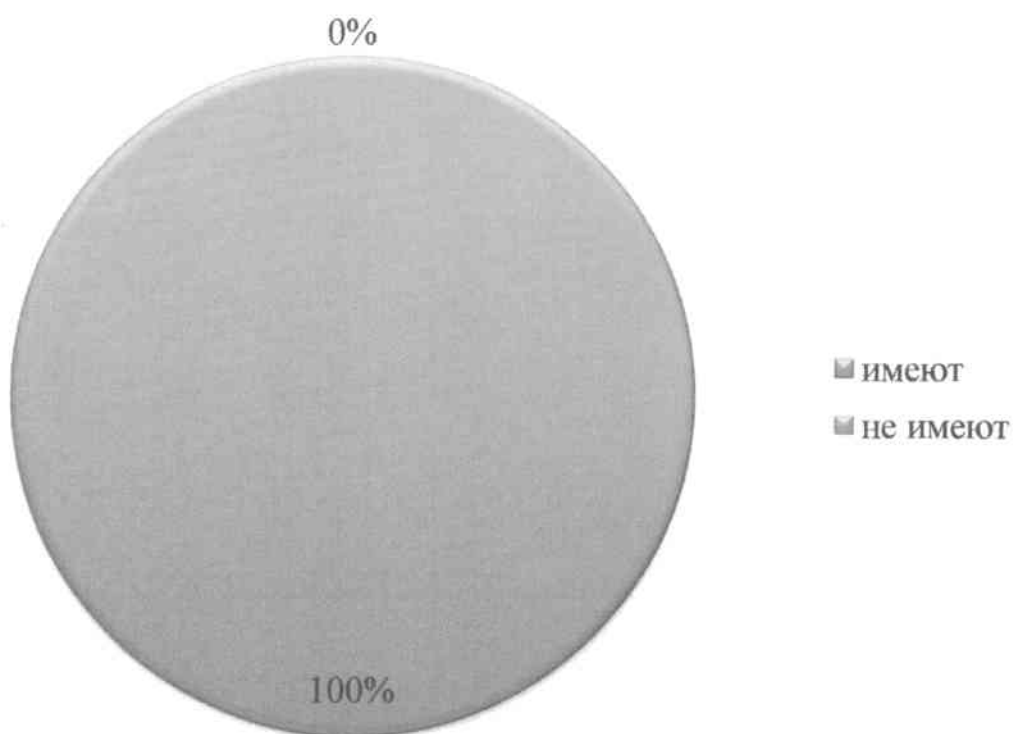


Рисунок 12. Распределение педагогов по уровню стрессовых ситуаций на рабочем месте (%)

Как правило, сжатые сроки, большой объем задач и общение со «сложными» людьми являются основными стрессовыми факторами на работе. Работа в режиме многозадачности, неопределенности могут вызвать много разных реакций. Некоторые педагоги любят такой рабочий темп и прекрасно в нем взаимодействуют, у других это может вызвать повышенное беспокойство.

Когда несколько человек в коллективе испытывают стресс, они начинают делиться своим беспокойством с другими, как бы «заражая» их

тревогой. Испытывая тревогу, педагоги в школе начинают пропускать важные рабочие моменты, качество работы падает, скорость уменьшается, уровень напряжения растет. Педагог, испытывающий стресс на работе говорит, что это влияет на качество его жизни. В результате опроса каждый опрошенный педагог имел и испытывал стресс на своей работе.

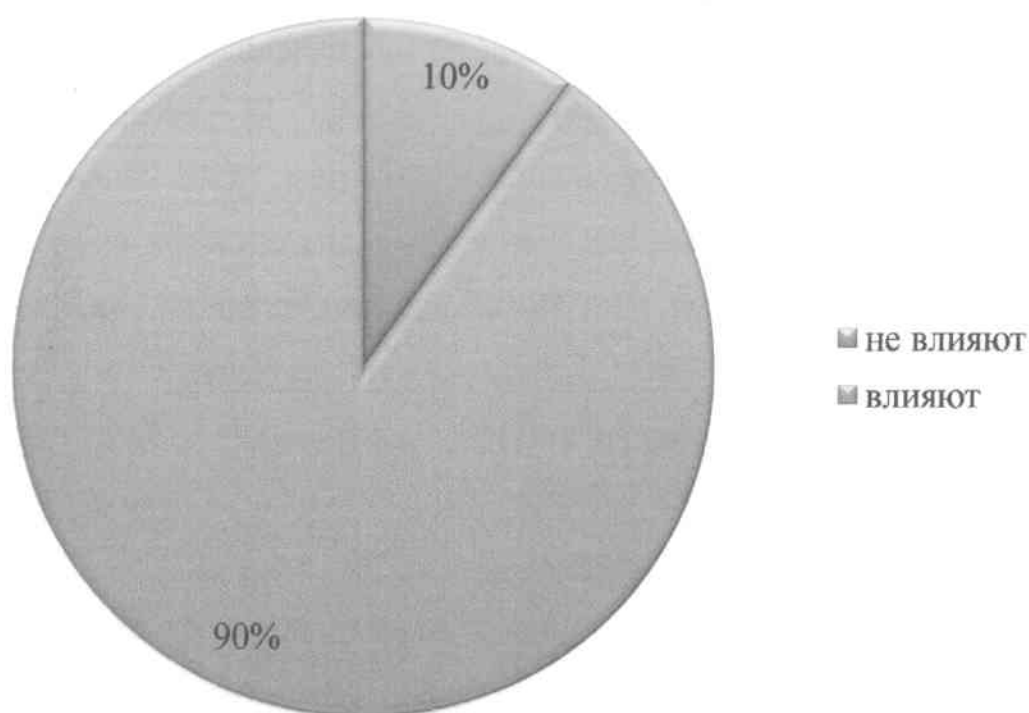


Рисунок 13. Распределение педагогов по реакции на изменения погодных условий (%)

Человеческий организм устроен таким образом, что способен резонировать на любые изменения погодных условий. Любые перемены погоды не остаются незамеченными нашим организмом. Причиной такой взаимосвязи обычно вызывают нервные рецепторы, которые будто антенны улавливают изменения погоды. В результате под определенные сигналы нервных клеток подстраивается и весь организм, причем в таком случае

органы и системы временно переходят на функционирование в состоянии стресса, то есть «повышенной боевой готовности». Итог таких событий предугадать несложно: наиболее ослабленные системы начинают давать сбой в работе. У одних людей реагирует кардиосистема, у других – нервная, третьи жалуются на сбои пищеварения. Но вот вопрос: почему одни на смену погоды реагируют крайне болезненно, а другие даже не замечают метеокапризов. Вся причина – в способности организма адаптироваться и подстраиваться под природные явления. Если механизмы адаптации в организме работают исправно, то человек никак не реагирует на изменения погоды за окном. В противном случае приходится говорить о метеозависимости или метеочувствительности. Резкая смена погоды отражается и на качестве сна: в то время как одним мешает бессонница, другие, наоборот, засыпают на ходу. Кроме того, погода имеет влияние и на настроение метеочувствительных лиц. Она дает вспыльчивость, раздражительность, чрезмерное беспокойство. Один из самых распространенных симптомов метеозависимости – головная боль, появляющаяся при смене погодных условий. Часто бывает трудно определить характер такой боли и поначалу она кажется беспричинной. Также на фоне метеоявлений может меняться артериальное давление и температура тела (у некоторых поднимается до 37,3). В основном 90% педагогов являются метеозависимыми и только 10% не замечают никаких изменений в своем здоровье.

Работоспособность педагога – это его потенциальная способность на протяжении урока, учебного дня, недели, года с определенной эффективностью выполнять максимально возможное количество работы (проведение уроков, организация факультативных занятий, воспитательные мероприятия, организация классного коллектива и педагогически целенаправленное управление его деятельностью и т.д.).

У 50% педагогов, которые участвовали в анкетировании хорошая работоспособность продолжалась на протяжении всего рабочего дня. Стоит обратить внимание, что у 20% педагогов уже после 1 часа работы появлялась слабость, утомляемость, сонливость.

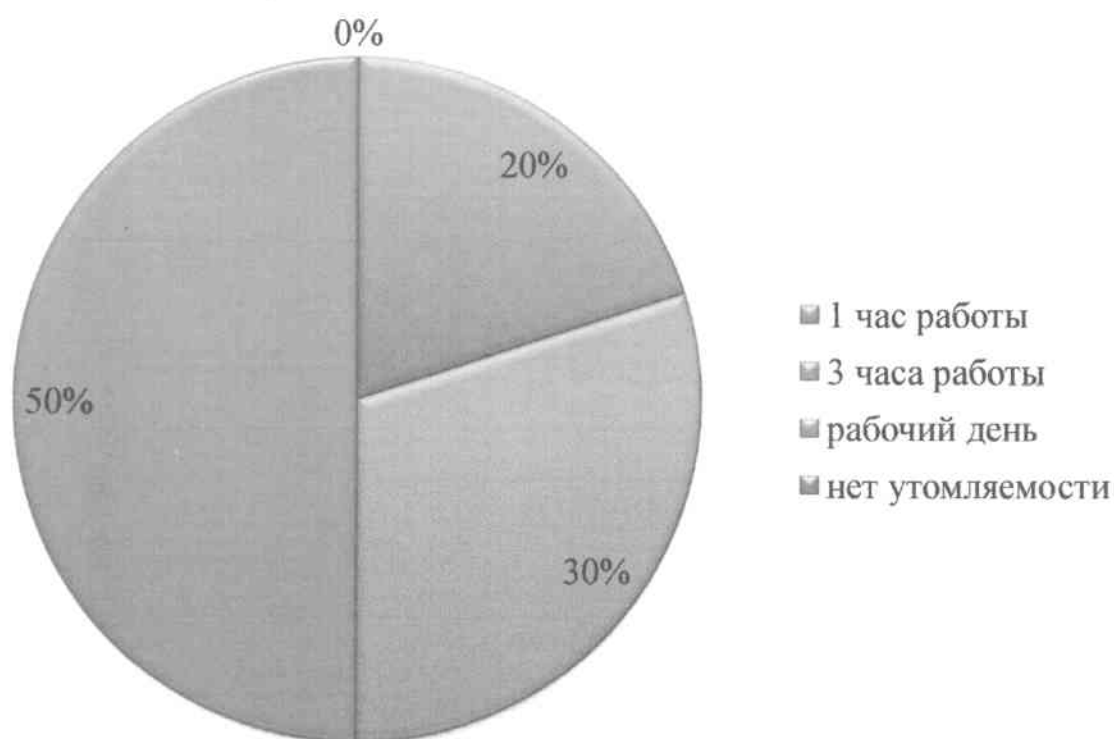


Рисунок 14. Распределение педагогов по динамике работоспособности (%)

Такие симптомы наблюдались у 30% опрошенных, только после 3 часов работы. Полученные данные свидетельствуют о том, что все педагоги имели сниженную работоспособность, только через определенный промежуток времени.

Таблица 1 – Работоспособность клинические проявления у педагогов при функциональном нарушении мозгового кровообращения

Симптом	Работоспособность
<ul style="list-style-type: none"> – одышка – головокружение – раздражительность – сердцебиение 	После 1 часа работы
<ul style="list-style-type: none"> – головокружения – головные боли – звон и шум в голове 	После 3 часов работы
<ul style="list-style-type: none"> – головокружение – усталость 	После полного рабочего дня
—	Работоспособность не снижена

Физическая культура играет значительную роль в профессиональной деятельности педагога, так как его работа, как правило, связана со значительным напряжением внимания, зрения, интенсивной интеллектуальной деятельностью и малой подвижностью. В режим трудового дня учителям рекомендуется включать вводную гимнастику и физкультурные паузы (физкультминутки). По данным 30% педагогов занимаются спортом: утренняя гимнастика, пробежка. У 70% опрошенных в их жизни спорт не присутствует, что в дальнейшем может способствовать возникновению нарушений мозгового кровообращения.

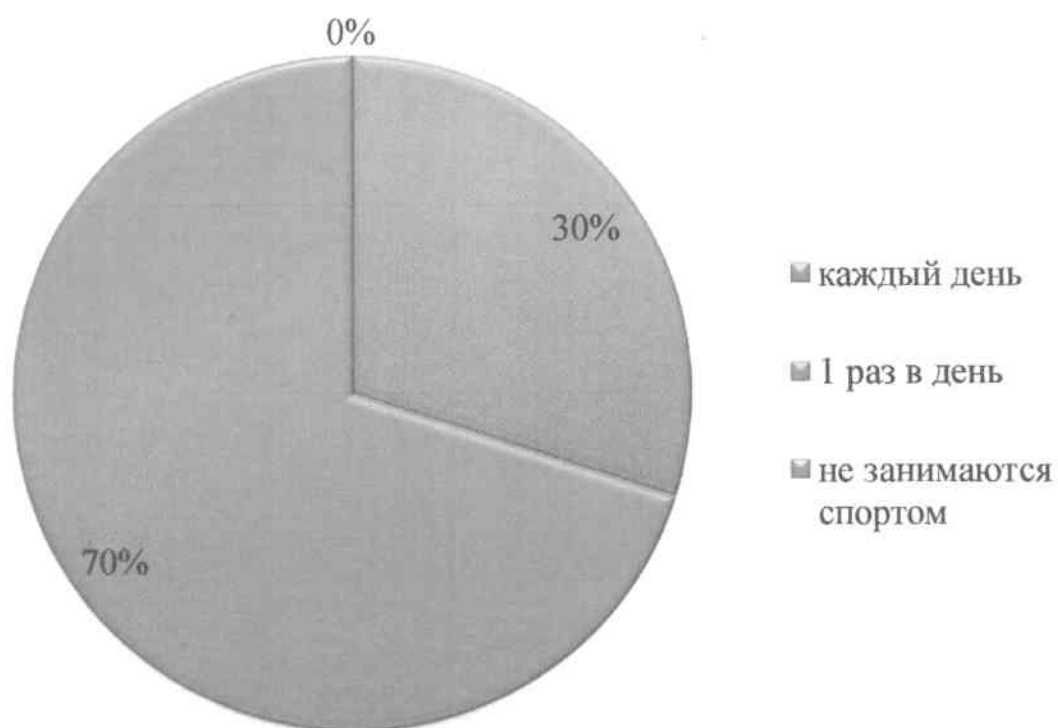


Рисунок 15. Распределение педагогов по наличию занятий физической активностью (%)

Наследственный фактор очень часто влияет на возникновение функционального нарушения мозгового кровообращения. У 20% педагогов была отягощенная наследственность, что могло также могло повлиять на возникновения нарушений мозгового кровообращения. 80% не имели родственников с функциональными нарушениями мозгового кровообращения.

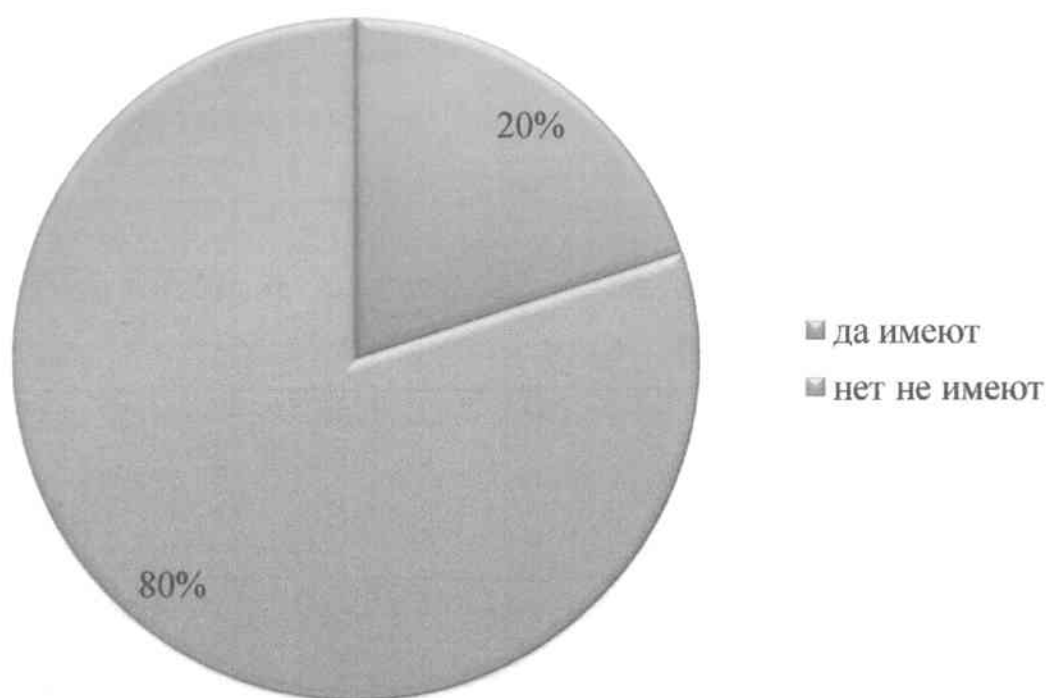


Рисунок 16. Распределение педагогов по наличию наследственного фактора при функциональных нарушениях мозгового кровообращения (%)

Так как острые нарушения мозгового кровообращения являются одной из наиболее частых причин инвалидности и смертности среди населения, чтобы восстановить потерянные функции организма, такие пациенты проходят реабилитационные мероприятия.

Из 100 больных, в первые 3-4 недели умирает 35-40 человек. По данным европейских исследователей на каждые 100 тысяч населения приходится 600 больных с последствиями, из них 60 % являются инвалидами. В России ежегодно происходит более 400 тысяч нарушений к труду возвращается не более 20 % больных. Нарушение мозгового кровообращения «молодеет» и часто поражает людей в трудоспособном возрасте, что существенно повышает не прямые расходы государства – на лечение.

Для анализа эффективности реабилитационного периода было изучено 50 историй болезней на этапе реабилитации и в восстановительный период.

3.2 Этапы восстановительного периода при нарушении мозгового кровообращении

Пациенты наблюдаются под чутким руководством таких специалистов как врача анестезиолога-реаниматолога, врача-невролога, врача-нейрохирурга, врача-функциональной диагностики, врача-психиатра, врача-кардиолога, врача ЛФК, врача по медицинской реабилитации, врача-физиотерапевта, логопеда, инструктора по лечебной физкультуре, медицинский психолог, врач ультразвуковой диагностики, медицинская сестра по массажу, медицинской сестры по физиотерапии [16].

Лечение положением – укладка парализованных конечностей физиологических положениях, препятствующих развитию контрактур, болевого синдрома и формированию «порочных поз»:

- положение на спине – противоположное позе Вернике- Манна (с фиксацией руки лангетой и мешочком с песком);
- укладка паретичных конечностей на одном уровне в горизонтальной плоскости лежа на здоровом боку;
- удерживание стопы под углом 90° с валиком под колено и другое.

ЛФК – состоит из комплекса пассивных и активных упражнений в сочетании с дыхательной гимнастикой. Пассивные упражнения в суставах паретичных и здоровых конечностей начинают с 3-4 дня при ишемическом инсульте, с 5-7 – при геморрагическом, упражнения выполняются плавно, в медленном темпе, начинают с крупных суставов, упражнения должны быть безболезненными, с 10-12 повторениями, 2-3 раза в день, следует избегать патологических синкинезий (лангета). Активные упражнения – необходимо строго дозировать нагрузку и постепенно её увеличивать (кратность повторения, амплитуду движения, время) [25].

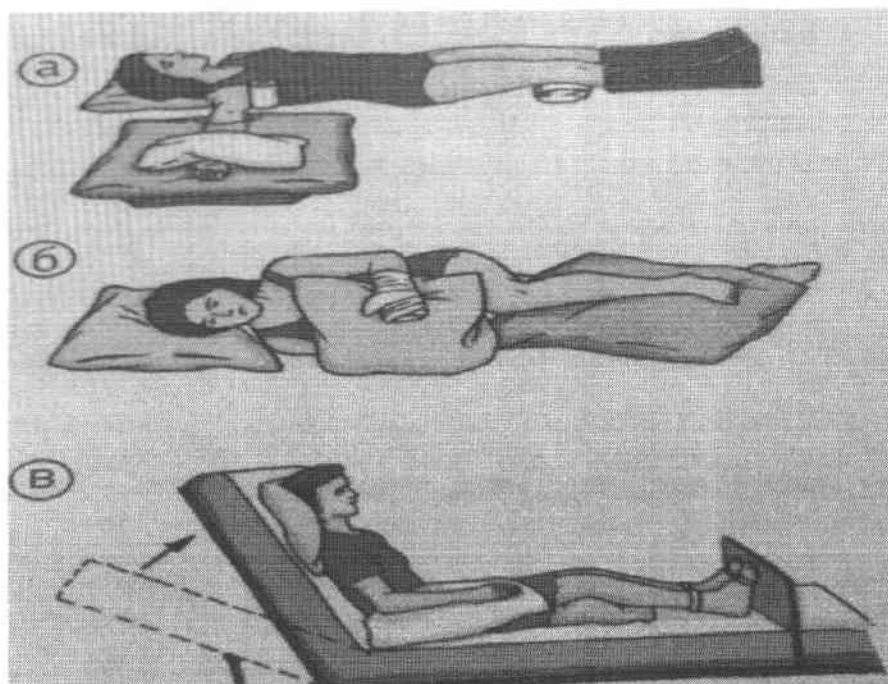


Рисунок 18. Лечение положением на спине

При выраженных парезах следует начинать с идиомоторного упражнения, а затем сделать попытку его выполнить для облегчения выполнения упражнения можно использовать вспомогательные средства (гладкую поверхность, блоки, специальные гамаки и другое).

Массаж – назначают с 3-4 дня болезни, ежедневно в рамках массажно-гимнастической процедуры начинают с точечного массажа по тормозной методике – при спастике, по тонизирующей методике – при атонических процессах приемы классического массажа (поглаживание, неинтенсивное растирание и разминание). Массаж не должен быть длительным, а приемы должны выполняться в щадящем режиме. Начинают массаж с нижних конечностей, с пораженной стороны, от проксимальных отделов к дистальным (бедро, голень, стопа). затем массируют спину, надплечья (область трапециевидной мышцы), грудь, уделяя преимущественно внимание пораженной стороне. Далее переходят к верхней конечности и массируют ее в той же последовательности, что и нижнюю (плечо, предплечье, кисть). Необходимо учитывать, что в паретичных мышцах под массажным

воздействием быстро наступают явления утомления, поэтому процедура должна быть непродолжительной (10-20 минут).

Для больных с нарушением мозгового кровообращения очень важен ранний переход от абстрактных упражнений к упражнениям, тренирующим бытовые и простые трудовые навыки [38].

Трудотерапия – важный этап в самообслуживании, его подготовка к возвращению в дом, в семью и приспособление к жизни в «быту», где продолжают вырабатываться и закрепляться навыки, необходимые ему для новых условий жизни [32].

Механотерапия - это метод кинезотерапии, заключающийся в выполнении физических упражнений с помощью специальных сконструированных для развития движений в суставах. Упражнения стимулируют остаточную активность мышц, активизируют кровообращение, предотвращают развитие контрактуры суставов и повышают жизненный тонус прикованных к постели больных.

Физиотерапия. В комплексном лечении пациентам дифференцированные методики физиотерапии:

- аппликации парафина или озокерита (при тенденции к формированию ранних контрактур и болевом синдроме);
- электрофорез с новокаином (для купирования боли в паретичных мышцах);
- иглорефлексотерапия (дисфункция мочевого пузыря, нарушение глотания и др.);
- электромиостимуляция и другие.

Психотерапия. В остром периоде инсульта в психологической помощи нуждаются как больные, так и их родственники. Психотерапия направлена на нормализацию эмоционально-волевой сферы поведенческих нарушений, раздражения, формирование рационального отношения активизацию участия в реабилитационных мероприятиях.

Логопедическая помощь. Специальный комплекс упражнений, выполнение которого заключается в автоматическом многократном произношении простых слов и звуков [41].

Обычно, все упражнения выполняются по десять раз:

- «Лошадка» – цокать языком о небо, как цокает копытами лошадка;
- «Жало змеи» – до предела высовывать свой язык, шипя, как змея;
- «Забор» – полностью показать свои передние зубы (можно выполнять без звука) и другие [35].

БОС-терапия. Использование биологической обратной связи направлено на восстановление функции паретичных конечностей за счет коррекции мышечного тонуса, улучшения движения, увеличения амплитуды и точности концентрации внимания на ощущениях степени мышечного сокращения и пространственного расположения конечностей.

Ортопедическая помощь. В практике реабилитации больных с нарушением мозгового кровообращения широко используются различные ортопедические приспособления:

- для защиты суставов;
- для уменьшения выраженности спастики;
- для улучшения функции ходьбы.

Все эти этапы восстановления очень важны для педагогов, у которых возникли функциональные нарушения мозгового кровообращения, так как при выходе на работу необходимо чувствовать уверенность перед учениками и своими коллегами.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Здоровье педагога можно представить в виде равностороннего треугольника: сторонами, которого являются физическое и психическое здоровье, а в основании лежит социальное благополучие.

В настоящее время установлено, что у пациентов, выживших после инсульта, вероятность повторного ОНМК достигает 30%. В течение первого месяца повторный ишемический инсульт развивается у 2-3 % выживших, в первый год – у 10-16 %, затем – около 5% ежегодно.

Система вторичной профилактики базируется на стратегии высокого риска, которая определяется прежде всего значимыми и корригируемыми факторами риска развития ОНМК, и на выборе терапевтических подходов в соответствии с характером перенесенного инсульта.

Ишемические нарушения мозгового кровообращения в 49% случаев связаны с атеросклеротическим поражением магистральных артерий головы, в 22% с кардиоэмболией и 22% составляют «лакунарные» инфаркты, как результат гипертонических изменений сосудов мозга. Примерно 7% инсультов могут быть связаны с гемореологическими нарушениями, в частности с коагулопатиями.

Хотя 2/3 инсультов происходит у больных старше 60 лет, острые нарушения мозгового кровообращения представляют существенную проблему и для лиц трудоспособного возраста.

Необходимо отметить, что значительное количество лиц с артериальной гипертонией и другими заболеваниями системы кровообращения предъявляют жалобы на головную боль, головокружение, снижение памяти и т.д., которым назначаются курсы вазоактивных препаратов. Однако, такое лечение следует рассматривать только как симптоматическое, т.к. пока не проводились исследования, которые бы

показали, что курсовое назначение указанных выше препаратов реально уменьшает риск развития инсульта. В этой связи следует иметь в виду, что добиться значительного снижения числа лиц с заболеваниями системы кровообращения у населения только усилиями, направленными на выявление и лечение пациентов группы высокого риска, невозможно.

В последние годы в нашей стране в сознании людей активно формируется качественно иное отношение к понятию здоровье.

Здоровье формируется под влиянием сложного комплекса внутренних факторов и внешних воздействий. Учение провели многочисленные исследования и сделали вывод: от чего зависит здоровье педагога. Эти данные видны в виде формулы здоровья:

Здоровье 100% = 10% медицина + 20% наследственность + 20% окружающая среда + 50% образ жизни.

Основная причина, побудившая взяться за данную тему – неблагоприятное состояние здоровья современного педагога. Педагог в России, что бы ни говорили про него сегодня, всегда был и остается особенным, в чем-то иррациональным человеком, стремящимся, часто неосознанно, быть учителем жизни, для которого слово «долг» является ключевым.

Существование современного педагога протекает на фоне жизни его страны, и страдает он от тех же проблем, что и остальные граждане, но есть в его деятельности своя специфика:

- во-первых, педагогическая профессия – профессия, требующая постоянного стопроцентного «включения» в работу;
- во-вторых, мы наблюдаем, кризис педагогической профессии, воспитатели, как и учителя, «постарели», так как молодежь все реже идет в педагогику.

Анализ результатов анкетирования педагогов показал высокий уровень фактора негативного влияния внешних обстоятельств на развитие нарушений мозгового кровообращения. Среди них:

- состояние повышенного психоэмоционального напряжения (стресса);
- нездоровый образ жизни (вредные привычки, гиподинамия);
- отсутствие мотивации сохранения собственного здоровья.

Это говорит о том, что многие педагоги сетуют на различные жизненные проблемы, которые не в силах разрешить, так как «от них ничего не зависит». Педагог, способный эффективно преодолевать профессиональные кризисы, справляться со стрессовыми ситуациями, открыт людям и миру, его тревожат не только собственные проблемы, но и проблемы других людей, которые он стремится решать.

Проблема здоровья учителя заслуживает большого внимания, так как от состояния здоровья педагога зависит успешность образовательного процесса, а в итоге – будущее страны.

Согласно формуле здоровья, 50% его – это та часть, которая зависит от самого человека. Но для большинства педагогов образ жизни – это школа и профессиональные обязанности.

Если еще раз вспомнить, что в основе физического и психического здоровья лежит социальное благополучие, то становится ясной такая схема: физическое здоровье – психическое здоровье – профессиональное здоровье. Ведь именно профессия должна обеспечить нам необходимое для здоровья социальное благополучие.

Проблема профессионального здоровья учителя в настоящее время настолько значима, что необходимо создание нового направления психолого-медико-социальной профилактики и восстановления здоровья педагога.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Аксенова, Е.В., Кочеткова, Н.А. Радость общения. Лексический материал для восстановления фразовой речи у детей и взрослых. Часть I. М.: Секачев, 2020.
2. Аксенова, Е.В., Кочеткова, Н.А. Радость общения. Лексический материал для восстановления фразовой речи у детей и взрослых. Часть II. М.: Секачев, 2017.
1. Алле, А.Х. К проблеме мозговой организации речевых функций у детей. Проблемы мед. психологии./ А.Х. Алле. М.: МГУ. 2018.
2. Ахутина, Т.В. Поражение речи. Нейролингвистический анализ синтаксиса./ Т.В. Ахутина. М.: МГУ, 2017.
3. Бадалян Л.О. Невропатология. / Л.О. Бадалян. М., 2019.
4. Баллонов, Л.Я., Деглин, В.Л. Слух и речь доминантного и недоминантного полушарий./ Л.Я. Баллонов, В.Л. Деглин. С-Пб, 2020.
5. Баллонов, Л.Я., Деглин, В.Л., Черниговская, Т.В. Функциональная асимметрия мозга в организации речевой деятельности Сенсорные системы. Сенсорные процессы и асимметрия полушарий./ Л.Я. Баллонов, В.Л. Деглин, Т.В. Черниговская, С-Пб., 2017 С.
6. Бейн, Э.С. Афазия и пути ее преодоления./ Баллонов, Л.Я., Деглин, В.Л., Черниговская, Т.В. Э.С. Бейн. М.: Медицина, 2019.
7. Бейн, Э.С. Восстановление речи у больных с афазией./ Э.С. Бейн, М.К. Бурлакова, Т.Г. Визель. М.: Медицина, 2021.
8. Бурлакова, М.К. Коррекционно – педагогическая работа при афазии./ М.К. Бурлакова. М, 2020.
9. Бурлакова, М.К. Речь и афазия./ М.К. Бурлакова. М., 2021.
10. Визель, Т.Г. Как вернуть речь./ Т.Г. Визель. М.: ТЦ Сфера, 2017.
11. Визель Т.Г. Основы нейропсихологии./ Психология, 2018.
12. Винарская, Е.Н. Дизартрия./ Е.Н. Винарская. М.: МГУ. 2020.
13. Восстановление речи при афазии./ В.М. Коган. М.: «АСТРЕЛЬ», 2020.

14. Восстановление речи после инсульта./ В.В. Оппель М.: Медицина, 2019.
15. Восстановительное обучение при локальных поражениях мозга./ Л.С. Цветкова. М.: Медицина, 2018.
16. Глозман, Ж.М. Изменение личности при афазии (в динамике восстановительного обучения)/ Ж.М. Глозман. М.: Дефектология, 2019
17. Дамулин, И.В. Принципы реабилитации пациентов, перенесших инсульт// Справ. поликлин. врача./ И.В. Дамулин, 2020.
18. Зайцев, И.С. Афазия: Учебно-методическое пособие./ И.С. Зайцев. Минск: БГПУ им. Максима Танка, 2017.
19. Иншакова, О.Б. Альбом для логопеда/ О.Б. Иншакова - 2-е изд., испр. И доп. М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2018.
20. Основы теории коммуникации : крат. курс / В. Б. Кашкин: Восток-Запад, 2017.
21. Кадыков, А.С., Шахпаронова Н.В. Лечение и реабилитация больных в восстановительном и резидуальном периодах инсульта./ А.С. Кадыков, Н.В. Шахпаронова. М.: Медицина.
22. Коммуникология: основы теории коммуникации: Учебник для бакалавров / Ф. И. Шарков, М.: Издательско – торговая корпорация «Дашков и К», 2018.
23. Карвасарский, Б.Д. Неврозы./ Б.Д. Карвасарский - М.: Медицина, 2020.
24. Ковальчук В.В. Инсульт. Причины и профилактика. Осложнение и восстановление./ В.В. Ковальчук М.: Медицина, 2018.
25. Кожевников, А.Я. Афазия и центральный орган речи. Афазия и восстановительное обучение, 2019.
26. Логопедия./ Л.С. Волкова, С.Н. Шаховская, 2021.
27. Логопедия: учебник для студ. дефектол. фак. пед. высш. учеб. Заведений/ под ред. Л.С.Волковой, 2017.
28. Лурия, А.Р. Высшие корковые функции человека./А.Р. Лурия, 2020.
29. Лурия, А.Р. Основы нейропсихологии. А.Р. Лурия 2019.

30. Лурия А. Р. Травматическая афазия. А.Р. Лурия. 2018.
31. Логопедическая восстановления. М.К. Шохор, 2017.
32. Львов, М.Р. Основы теории речи. М.Р. Львов М.: Академия, 2020. Основы логопедии с практикумом по звукопроизношению. Под ред.Т.В. Волосовец, 2017 - 347 с.
33. Мокринская, Т.В. Методическое пособие по коррекции фразовой речи при афазии. Т.В. Мокринская, 2019.
34. Обуховская, А.Ю. Особенности коррекционно-восстановительной работы при афазии у детей и подростков. А.Ю. Обуховская, В.Д. Даминов Вестник восстановительной медицины, 2018.
35. Парамонова, Л.Г. Упражнения для развития речи. Л.Г. Парамонов.2018.
36. Практические упражнения для восстановления речи у больных после инсульта, черепно-мозговой травмы и других заболеваний головного мозга./ Н.Н. Амосова, Н.И. Каплина, 2017.
37. Шмидт, Е.В. Классификация сосудистых поражений головного и спинного мозга Текст. Е.В.Шмидт , Журн. невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова, 2019.
38. [Электронный ресурс]: Теория и практика общественного развития./- М.,2011.-notes.spb.ru/ru/node/5007 (дата обращения: 7.02.2022).
39. [Электронный ресурс] // Библиотека электронных книг по педиатрии. URL: <http://patrick-book.ru/badalyan-l.o.-nevropatologiya> (дата обращения:21.02.2022)
40. [Электронный ресурс]: Вестник Университета Российской Академии Образования.- М., 2021.- № 2.- С.111-114 URL: http://vss.nlr.ru/query_info_print.php?query_ID=24784 (дата обращения: 7.03.2022).
41. [Электронный ресурс]//Электронные справочники <http://www.liveinternet.ru/users/5164924/post260854201> (дата обращения 12.03.2022)

42. [Электронный ресурс]//Электронная библиотека: «В помощь логопеду»URL:[http://nsportal.ru/nachalnaya shkola/ logopediya/](http://nsportal.ru/nachalnaya_shkola/logopediya/) 2014/02/08/album-dlya-logopeda-ob-inshakova (дата обращения:11.04.2022)
43. [Электронный ресурс] //Электронные книги и учебники на тему: «Теория коммуникации». URL:<http://www.knigafund.ru/tags/177> (дата обращения:14.04.2022)
44. [Электронный ресурс] [http:// qame.ru/ book/ common_psychology/ travmaticheskaya_afaziya/](http://qame.ru/book/common_psychology/travmaticheskaya_afaziya/)_Лури А.Р.,20Травматическая 20афазия.pdf (дата обращения: 20.04.2022).

ПРИЛОЖЕНИЕ

Приложение 1

Беседа «Правильный режим труда и отдыха»

Что такое режим труда и отдыха?

Режим труда и отдыха – это система, которая предполагает периодичную смену этих двух периодов. Их сроки и порядок чередования регламентированы на государственном уровне.

Правильная организация рабочего процесса – трудоемкий процесс. График составляет специалист по охране труда, а также руководство организации.

Создание нормального режима требуется для поддержания здоровья человека и его трудоспособности.

Общие правила режима труда и отдыха

Рабочее время – (по определению, указанному в ТК ст. 91) это временной промежуток для исполнения рабочих обязанностей, которые определены договором или в должностной инструкции. К нему дополнительно относятся:

- 1) нормируемая часть педагогической работы (учебная нагрузка),
- 2) ненормируемая часть (другая часть педагогической работы, определяемая с учетом должностных обязанностей, предусмотренных квалификационными характеристиками),
- 3) дополнительные виды работ, выполняемые за дополнительную оплату, а также даны ответы на наиболее часто встречающиеся вопросы по поводу рабочего времени.

1. Нормируемая часть педагогической работы (учебная нагрузка):

- Какова продолжительность рабочей недели учителя?
- Как оформляется учебная нагрузка?

- Правомерно ли установление учителю продолжительности рабочего времени 36 часов в неделю (сверх фактического объема учебной нагрузки)?
- Есть ли верхний предел учебной нагрузки у учителя в школе?
- Обязан ли учитель отработать уроки, пропущенные из-за временной нетрудоспособности?

Для педагогических работников установлена сокращенная продолжительность рабочего времени не более 36 часов в неделю (ч. 1 ст. 333 ТК РФ). Нормируемая часть педагогической работы определяется в астрономических часах (60 минут). Она включает проводимые учебные занятия и короткие перерывы (перемены) между занятиями, в том числе «динамическую паузу» (п. 2.2 Особенности), то есть, 45 (40 или 35) минут урока и остальное — перемена.

В зависимости от должности и (или) специальности педагогических работников с учетом особенностей их труда на федеральном уровне определяются (ч. 3 ст. 333 ТК РФ):

- продолжительность рабочего времени (нормы часов педагогической работы за ставку заработной платы) (установлено Приложением № 1 к Приказу Минобрнауки России от 22.12.2014 N 1601);

- порядок определения учебной нагрузки и основания ее изменения (установлено Приложением № 2 к Приказу Минобрнауки России от 22.12.2014 N 1601);

- случаи установления верхнего предела учебной нагрузки.

Учебная нагрузка учителя прописывается в трудовом договоре. Ее объем определяется ежегодно на начало учебного года и устанавливается локальным нормативным актом организации (тарификационным списком) (п.п. 1.3, 1.4 Приложения № 2 к Приказу Минобрнауки России от 22.12.2014 N 1601).

Объем учебной нагрузки каждого педагогического работника может быть равен норме часов, установленной за ставку заработной платы, может

быть с письменного согласия педагогического работника составлять менее или более нормы часов педагогической работы за ставку заработной платы. К примеру, если учитель проводит, 9, 18, 27 учебных занятий в неделю, то нормируемая часть его рабочего времени будет составлять соответственно 9, 18, 27 часов в неделю. В трудовой договор вносится фактически установленный объем учебной нагрузки (педагогической работы).

Отметим, что продолжительность рабочего времени не более 36 часов в неделю — не единая категория для всех педагогических работников. 36 часов в неделю устанавливается только для педагогических работников, наименования должностей которых предусмотрены в пункте 2.1 Приложения № 1 к Приказу Минобрнауки России от 22.12.2014 N 1601 (педагогическим работникам, отнесенным к профессорско-преподавательскому составу, педагогам-психологам, социальным педагогам и т.д.). Поэтому неправомерно устанавливать учителю (то есть, приказом по школе вводить 36-часовую рабочую неделю) продолжительность рабочего времени 36 часов в неделю, если объем его учебной нагрузки меньше этого значения, например, 18 часов в неделю. (Письмо Минобрнауки России от 15.10.2015 N 08-ПГ-МОН-37849).

Ставки заработной платы, установленные за 18 часов преподавательской работы в неделю, являющиеся нормируемой частью педагогической работы, выплачиваются педагогическим работникам с учетом выполнения ими другой части педагогической работы, входящей в их должностные обязанности в соответствии с квалификационными характеристиками (п. 3.5 Методических рекомендаций, приведенных в Письме Минобрнауки России от 29.12.2017 N ВП-1992/02).

Рациональный режим труда и отдыха должен распределиться так чтобы было достаточное время для сна, трудовой деятельности, приема пищи и отдыха. Средняя потребность во сне составляет около 8 часов в сутки. Наивысший уровень работоспособности начинается с 8 утра и заканчивается в 20-00 вечера.

Беседа

«Как избежать осложнения и возможно ли их предотвратить»

В последние годы число случаев такого опасного заболевания, как инсульт, значительно возросло по всему миру. Медики считают, что одной причины у этого нет, искать нужно целый комплекс проблем, который приводит к возникновению этой болезни, часто становящейся причиной инвалидности и смерти. На уровень заболеваемости влияют:

- образ жизни,
- наличие стрессов,
- плохая экология,
- лишний вес,
- неправильное питание,
- малоподвижный образ жизни,
- хронические заболевания;
- многочисленные вредные привычки.

Для тех людей, кого волнует проблема инсульта, причины и профилактика его, важно понять, что защититься от этой болезни можно! Но только при комплексном соблюдении всех мер профилактики.

Нужно постараться устранить максимум причин, способствующих возникновению проблемы.

Как предупредить инсульт?

При нарушении питания головного мозга в пораженном участке происходят необратимые изменения, которые могут стать причиной множественных повреждений в организме. Последствия инсульта зависят от локализации закупорки или кровоизлияния и обширности зоны поражения. Однако даже небольшие повреждения чреваты опасными последствиями, поэтому это заболевание намного проще

предупредить, чем пытаться избавиться от его осложнений. Действовать в этом случае придётся сразу в нескольких направлениях:

- менять образ жизни,
- пересматривать своё меню,
- заниматься спортом,
- следить за здоровьем,
- позитивно мыслить.

Как избежать инсульта у женщин?

Чтобы защитить себя от инсульта, женщинам нужно стараться поддерживать нормальный вес, следить за своим кровяным давлением, уменьшить потребление сладкого, не превышать дозы рекомендованных врачом лекарств. Увеличение подвижности в разумных дозах и положительный настрой во многом способствуют защите от заболевания.

Как избежать инсульта у мужчин?

Для спасения от проблем нужно действовать сразу по нескольким направлениям.

Прежде всего, очень важно избавиться от разного рода зависимостей. Алкоголь провоцирует развитие артериальной гипертензии, а высокое давление становится одной из частых причин значительного количества инсультов. То же самое можно сказать о курении – оно приводит к повышенной ломкости сосудов, что чревато инсультами, инфарктами и другими видами поражений сосудов. Переедание в большинстве случаев провоцирует сахарный диабет, поэтому похудение и умеренное занятие спортом пойдет на пользу и снизит риск поражения. Это же можно сказать о злоупотреблении лекарствами и наркотическими препаратами. Только переход на полностью здоровый образ жизни поможет мужчине сохранить свое здоровье, и даже жизнь. Для мужчин стресс – один из наиболее частых факторов, провоцирующих инсульт. Нужно стараться как можно меньше реагировать на различные неприятности, помня, что всё преходяще, а жизнь у человека всего одна.

Также мужчины чаще страдают от апноэ – нарушения дыхания во сне. Это состояние может быть очень опасно, поэтому его в первую очередь необходимо лечить, чтобы избежать опасных последствий.

Беседа

«Залог ваше здоровья - правильное питание»

Правильное питание – залог хорошего самочувствия, здорового внешнего вида и крепкого иммунитета. Сбалансированное здоровое питание позволяет получать все необходимые минералы и микроэлементы. Если же стоит задача снизить вес, соблюдение принципов правильного питания позволит сделать это без дискомфорта и голода.

Принципов здорового питания несколько:

1. Питание должно быть разнообразным и богатым продуктами. Недельный рацион обязательно должен включать мясо, рыбу, фрукты, овощи и крупы.

2. 50-60% дневной нормы энергии нужно получать за счет углеводов – они необходимы для работы мозга. Однако лучше отдавать предпочтение медленным углеводам (цельнозерновой хлеб, греча, бурый рис, макароны из твердых сортов пшеницы и т.д.). С ними вы будете дольше ощущать сытость.

3. Избегайте усилителей вкуса, консервантов, химии. Если невозможно отказаться от них полностью – постарайтесь минимизировать содержание этих продуктов в рационе.

4. Желательно, чтобы питание было дробным – 4-6 небольших порций в течение дня (1 порция должна быть примерно равна вместимости 1 стакана). Это намного лучше для организма, чем 1-3 больших порции, т.к. длинные перерывы между приемами пищи – стресс для организма.

5. Откажитесь от жирных майонезных соусов – они очень калорийны, а кроме того, заправки промышленного приготовления сложно назвать полезными. Майонез можно заменить на нежирную сметану или натуральный йогурт.

6. Не обязательно совсем отказываться от алкоголя, но его прием нужно свести к минимуму. Самый безобидный алкогольный напиток – хорошее сухое или полусухое вино. Бокал такого вина можно позволить себе раз в 1-2 недели.

7. Большая часть пищи должна быть сварена, приготовлена на пару или запечена, но не обжарена: при обжаривании выделяются канцерогенные вещества, кроме того, такая пища очень жирная.

8. Не покупайте готовую еду и откажитесь от полуфабрикатов – готовьте самостоятельно, используя качественные продукты, чтобы точно знать, что на вашем столе. Отдавайте предпочтение охлажденным продуктам, а не замороженным, особенно, если речь идет о мясе или рыбе.

9. Последний прием пищи должен быть не позднее, чем за 2 часа до сна. Полный желудок мешает спокойному сну, да и пища во сне переваривается куда хуже.

Таблица 3 - Показатели основных рисков возникновения функциональных нарушений мозгового кровообращения у педагогов

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
№ п/п															
1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	2	1	1	3	2	2
2	1	1	2	2	1	2	1	1	2	2	1	1	3	2	2
3	1	1	1	2	1	1	1	1	2	1	1	1	3	2	2
4	1	1	3	3	2	2	2	1	3	2	1	2	2	2	1
5	1	1	1	1	1	2	3	1	3	2	1	1	3	2	2
6	1	1	1	1	3	2	1	1	2	1	1	1	3	3	2
7	1	1	3	3	1	1	3	2	3	2	1	2	2	3	2
8	1	1	1	2	1	1	1	1	3	2	1	2	3	2	2
9	1	1	1	2	1	2	1	1	3	1	1	2	3	2	2
10	1	1	1	2	1	2	1	1	3	2	1	2	3	3	2
11	1	1	2	1	1	2	1	1	2	2	1	2	3	2	2
12	2	2	2	3	1	2	3	1	1	1	1	2	2	2	1
13	2	2	3	3	2	2	3	1	1	1	1	2	1	3	1
14	2	2	3	3	2	2	2	2	1	1	1	2	1	3	2
15	2	2	3	3	2	2	2	2	1	1	1	2	2	3	2
16	2	2	3	1	2	2	2	1	1	1	1	2	2	3	2
17	2	2	1	1	2	2	3	2	3	1	1	2	2	2	1
18	2	2	2	1	2	2	2	1	3	1	1	2	2	3	1
19	2	2	3	3	2	2	2	1	3	1	1	2	2	3	1
20	2	2	3	3	2	1	2	2	1	1	1	2	2	2	2
21	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1	2	2	3	2
22	2	2	2	1	2	2	3	1	1	1	1	2	3	3	2
23	2	2	1	1	2	2	1	1	3	1	1	2	3	3	2

Продолжение таблицы 3 - Показатели основных рисков возникновения

функциональных нарушений мозгового кровообращения у педагогов

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
№ п/п															
24	2	2	1	2	2	2	2	2	3	1	1	2	3	3	2
25	2	2	2	2	2	1	3	2	3	1	1	2	3	3	2
26	2	2	2	2	2	1	2	2	3	1	1	2	3	3	2
27	2	2	3	3	3	1	3	2	3	1	1	2	3	3	2
28	2	2	3	3	3	1	2	2	1	1	1	2	3	3	2
29	2	2	3	3	3	3	3	2	2	1	1	2	3	3	2
30	2	2	3	3	3	1	2	2	1	1	1	2	3	3	2
31	1	1	3	3	1	3	2	2	2	1	1	2	3	2	2
32	1	1	2	3	1	2	2	1	2	2	1	2	3	2	2
33	1	1	3	3	1	3	2	2	2	2	1	2	3	3	2
34	1	1	3	3	1	3	2	2	2	2	1	2	3	3	2
35	1	1	3	3	1	3	2	2	2	1	1	2	3	3	2
36	1	1	2	2	1	2	2	1	2	1	1	2	3	2	2
37	1	1	3	3	1	1	3	2	2	1	1	2	3	2	2
38	1	1	3	3	1	1	2	2	2	1	1	2	3	3	2
39	1	1	3	3	1	3	2	2	2	1	1	2	3	3	2
40	1	1	3	3	1	2	2	2	2	1	1	2	3	3	2
41	2	2	3	3	1	3	2	2	2	1	1	2	3	3	2
42	2	2	3	3	1	2	2	2	2	1	1	2	3	3	2
43	2	2	3	3	1	3	2	2	2	1	1	2	3	3	2
44	2	2	3	3	1	2	2	2	2	1	1	2	3	3	2
45	2	2	3	3	3	2	2	2	2	1	1	2	3	3	2
46	2	2	3	3	3	3	2	2	2	1	1	2	1	3	2
47	2	2	3	3	3	2	2	2	2	1	1	2	1	3	2
48	2	2	3	3	3	3	2	2	2	1	1	2	1	3	2

Продолжение таблицы 3 - Показатели основных рисков возникновения

функциональных нарушений мозгового кровообращения у педагогов

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
№ п/п															
49	2	2	3	3	3	3	2	2	2	1	1	2	3	3	2
50	2	2	3	3	1	2	3	2	2	1	1	2	3	3	2