

Выводы:

Программы восстановления речи при разных формах афазии носят дифференцированный характер, но на раннем этапе после инсульта при ряде форм афазии для преодоления вторично нарушенной смысловой стороны речи используются близкие по характеру методические приемы.

Для решения задач коррекционно-педагогической работы при восстановлении речи у больных с афазией необходима предварительная речевая работа с ними. В связи с дифференцированной диагностики афазии работа логопеда ведется над всеми сторонами речи с учетом специфики нарушения каждой речевой функции.

В процессе восстановительного обучения афазии перед логопедом ставится конкретная задача создания поэтапной программы в соответствии с индивидуальными особенностями и возможностями больного для дифференциации эфферентной моторной и динамической афазии.

У пациентов, перенесших инсульт, в течение двух лет речь частично восстановилась в 46% по разработанной методике афазиолога.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Бейн Э.С. *Афазия и пути ее преодоления*. Л., 1964.
2. Опель В.В. *Восстановление речи при афазии // Методические указания*/ Л., 1963.
3. Шохор-Троцкая М.К. *Логопедическая работа при афазии на раннем этапе восстановления*. М., 1972.
4. Лурия А.Р. *Высшие корковые функции человека и их нарушения при локальных поражениях мозга*. М., 1962.
5. *Афазия и восстановительное обучение*. Под редакцией Л.С.Цветковой, Ж.М.Глоzman. М., 1983.

ТҮЙІН

Эфферентті моторлық және динамикалық афазиядағы сөйлеу ауытқуларын коррекционды оналту

Біз атқарған жұмысымызда инсульт кезінде байқалатын негізгі неврологиялық синдромдарды көрсете отырып, инсульттың сипатына, науқастың жынысына және жасына қарай талдау жасадық. Афазиямен науқастардың сөйлеуін қалпына келтіру кезінде афазиологтың сөзсіз жұмысы

кажет. Зерттеудің басында логопед сөйлеу бұзылыстарын жан-жақты ескере отырып бағалау өткізді. Афазиолог ұсынған өңделген әдістеме нәтижесінде 2010-2012 ж инсульт өткерген сырқаттардың 46%-да сөйлеу қабілеті жартылай қалпына келген.

Негізгі сөздер: инсульт, неврологиялық синдромдар, нейропсихологиялық зерттеулер, афазия, афазия түрлері, сөйлеу ауытқуларын оналту.

РЕЗЮМЕ**Коррекционная реабилитация речевой патологии при эфферентной моторной и динамической афазии**

В нашей работе, выделив основные неврологические синдромы, наблюдаемые при инсультах, мы проанализировали пациентов по характеру инсульта, по полу и возрасту. При восстановлении речи у пациентов с афазией необходима предварительная речевая работа афазиолога. В начале исследования логопед провел оценку над всеми сторонами речи с учетом специфики нарушения речевой функции. В результате разработанной методики, предложенной афазиологом, у пациентов, перенесших инсульт, в период с 2010-2012 год речь частично восстановилась в 46%.

Ключевые слова: инсульт; неврологические синдромы; нейропсихологические исследования; афазии; виды афазии; реабилитация речевой патологии.

SUMMARY**Efferent motor and dynamic aphasia correction in speech disorders rehabilitation**

In our article we figured common neurologic syndromes in stroke. We analyzed patients groups through type of stroke, gender and age. Patients with aphasia need some non-verbal preparations before starting rehabilitation process. Translational therapist made scoring all sides according to speech functions specific disorders in all types of aphasia. Thus the methodology, offered by the aphasiologist, resulted in 46% patients with improvements in speech in period of 2010-2012.

Keywords: stroke, neurologic syndromes, neuropsychologic research, aphasia, apasia types, rehabilitation of speech disorders

УДК 616.8

МЕНЕДЖМЕНТ И ОЦЕНКА КАЧЕСТВА НЕЙРОРЕАБИЛИТАЦИОННОЙ ПОМОЩИ В УСЛОВИЯХ АО «РЕСПУБЛИКАНСКИЙ ДЕТСКИЙ РЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ ЦЕНТР»

Булекбаева Ш.А., Байсеркина Ф.Д., Дарибаев Ж.Р.

АО «Республиканский детский реабилитационный центр», г.Астана, Казахстан

Основной миссией деятельности АО «Республиканский детский реабилитационный центр» является повышение качества жизни детей и подростков с ограниченными возможностями посредством интегративного подхода к реабилитационным мероприятиям, путем внедрения новых инновационных технологий и международных стандартов на основе доказательной медицины и достижений науки. В этой связи ставятся три основных цели развития центра:

- укрепление здоровья и социальная адаптация детей и подростков с психоневрологической, эндокринной и ортопедической патологиями;
- совершенствование системы управления и

финансирования, повышение качества реабилитационных услуг;

- повышение уровня кадрового потенциала, развитие науки и образования.

Одной из главных целей современного здравоохранения является улучшение качества медицинской помощи, оказываемой населению. Для достижения указанной цели требуются разработка и внедрение в практику систем объективного контроля и программ адекватного обеспечения качества медицинской помощи. С результатами этой деятельности связывают перспективы эффективного развития реабилитационной помощи

населению. В настоящее время уровень представлений о качестве медицинской помощи, его гарантиях, методах оценки и организации контроля нельзя считать достаточными ни у организаторов здравоохранения, ни у врачей, ни у населения. Не существует общепринятой и всеобъемлющей системы экспертизы качества медицинской помощи.

Наиболее полно, на наш взгляд, к определению качества медицинской помощи подходит его характеристика по трем аспектам:

- качество структуры (организационно-техническое качество ресурсов: здания, сооружения, оборудование, материалы, кадры);
- качество процесса (технологии, профилактика, диагностика, лечение, соблюдение принципа стандартов);
- качество результата (достижение принятых клинических показателей и соотношение их с экономическими показателями).

В АО «РДРЦ» применяется трехуровневая оценка качества реабилитационных услуг: 1) уровень лечащего врача и заведующего отделением; 2) уровень начальников управления медицинской, педагогической и социальной реабилитации, а также главного врача – медицинского директора; 3) уровень экспертизы качества медицинской помощи экспертами отдела менеджмента и качества оказываемых услуг.

Оценке подлежат следующие составляющие элементов качества реабилитационной помощи:

- эффективность оказания реабилитационной помощи (в частности с учетом принципов «медицины, основанной на доказательствах»);
- экономичность выполнения реабилитационных услуг (с учетом данных фармакоэкономики);
- адекватность состоянию пациента (ребенка);
- научно-технический уровень, соответствующий современному развитию медицинской науки;

При обеспечении программ качества реабилитационной помощи мы учитываем следующие 4 необходимых его компонента:

- квалификация специалиста (врача, педагога, социального работника);
- оптимальность использования наших ресурсов;
- риск для пациента и безопасность пациента;
- удовлетворенность пациента проведенными реабилитационными услугами.

Вместе с тем следует учитывать, что наши подходы и традиции исходят из принципа индивидуализации оказания реабилитационных услуг, тесного взаимного контакта между ребенком, родителями и его лечащим врачом.

Системный подход к оценке качества медицинской помощи требует включения аккредитации медицинских учреждений как элемента оценки ресурсов. Проведение аккредитации обязательно для всех медицинских учреждений и частных лиц, оказывающих медицинские услуги населению. Указанные задачи могут эффективно решаться только с использованием соответствующей нормативной базы. Она должна служить основой для проведения аккредитации медицинских учреждений (оценка возможностей учреждения в соответствии с требованиями стандартов) как важнейшей составляющей механизма управления качеством реабилитационных услуг.

Другим важным показателем ресурсов, также необходимым для проведения аккредитации, мы считаем «табель оснащения» нашего центра – перечень оборудования и приборов, которые необходимо иметь в соответствующих профильных учреждениях реабилитации

в целом, в каждом профильном кабинете, подразделении. В АО «РДРЦ» оснащение проводилось в зависимости от поставленных функциональных задач, которые должны решаться персоналом нашего центра.

С другой стороны, нормативная база должна обеспечивать оценку качества реабилитационной работы как нашего центра в целом, так и его подразделений и отдельного специалиста (врача, педагога, социального работника), и позволять объективно оценивать качество реабилитационной помощи конкретному больному. Кроме того, эта база должна лечь в основу создания единой методики расчета стоимости медицинских услуг вне зависимости от способа взаиморасчетов сторон – за отдельные манипуляции и процедуры, комплексные медицинские услуги, по глобализованным тарифам и т.д.

Наиболее важным и сложным объектом для оценки качества и стандартизации являются реабилитационные услуги (медицинские, педагогические, социальные). Есть две основные тенденции в объяснении понятия «реабилитационные услуги». Первая, более ранняя, сформировалась с момента появления платных услуг в медицине. Согласно первой, под услугой понимается отдельно взятая манипуляция или процедура (клинический анализ крови, ультразвуковое исследование органов брюшной полости, логопедический массаж, изготовление ортезных изделий и т.д.). Другое представление подразумевает под услугой некое законченное действие по диагностике, лечению, профилактике заболевания и реабилитации.

Обязательным условием оказания больному медицинской (реабилитационной) помощи надлежащего качества является последовательное решение специалистом ряда функциональных задач в ходе врачебного процесса. На этом представлении базируются все попытки создания технологических стандартов медицинской помощи, по разным источникам носящих различные названия: клинические руководства или рекомендации по диагностике и лечению, медико-экономические стандарты, медико-экономические тарифы, клинические протоколы диагностики и лечения. Подобные стандарты, руководства и протоколы должны разрабатываться с учетом общих правил стандартизации и представлять собой перечень обязательных диагностических и лечебно-реабилитационных действий специалистов при различных нозологических формах, основанных на доказательной медицине на определенном этапе медицинской помощи.

Под оценкой качества медицинской помощи по результатам ее оказания мы предлагаем понимать определение степени достижения целей медицинского учреждения в отношении конкретного ребенка (больного), либо группы больных. Использование данного подхода в первую очередь предполагает решение вопроса о том, что является целью и конечным результатом деятельности различных специалистов центра (невропатолог, кинезотерапевт, логопед, дефектолог, психолог, реабилитолог и др.) и учреждения в целом: например, целью лечения является улучшение состояния здоровья ребенка, двигательных, речевых функций и др., медицинской профилактики – сохранение здоровья, диагностики – достоверная оценка состояния здоровья.

У нас также применяется так называемые «экспертные методы» оценки качества реабилитационной помощи, которые предусматривают оценку по результатам квалифицированного исследования деятельности специалиста. Они основаны на сопоставлении реальных действий врача, специалиста, оказывающего реабилитационную помощь, с мнением эксперта о том,

какой она должна быть.

В нашем центре основным методом изучения удовлетворенности пациентов и их родителей в настоящее время являются опросы и анкетирование. Разбирая непростой вопрос о возможности использования мнения населения (детей, их родителей) для оценки качества реабилитационной помощи, нельзя не учитывать, что оно зависит от формы психологического взаимоотношения врача (специалиста) и пациента (его родителей). Несоответствие модели взаимоотношений пациента (его родителей) оказывает наиболее существенное влияние на оценку последними деятельности специалиста. Пациент (его родители) в большинстве случаев не в состоянии оценить собственно качество медицинской (реабилитационной) помощи, в частности – правильность выполнения требований к технологии (физиопроцедуры, кинезотерапия, иглотерапия, логопедический массаж и др.) и поэтому его «удовлетворение» не может являться объективным критерием.

Изучение литературы показало, что системный подход к разработке проблемы оценки качества реабилитационной (медицинской) помощи еще не сформировался. Основными причинами этого является теоретическая сложность проблемы и отсутствие в обществе понимания ее социальной значимости. Однако обращают на себя внимание слабая представленность клинических подходов к этой проблеме и попытка рассматривать ее в основном с точки зрения организации здравоохранения. Между тем, именно клиническая медицина может дать в руки исследователей методы, способные обосновать критерии качества медицинской помощи, эффективности их применения.

Важнейшим средством достижения цели, стоящей перед здравоохранением и направленной на улучшение демографической ситуации, является обеспечение высокого качества оказания медицинской помощи. Для этого мы должны иметь четкое представление о том, чем определяется качество медицинской помощи, разработать критерии оценки, создать систему контроля над качеством и определить стратегию его улучшения. Это особенно важно в преддверии реформ, о необходимости которых

говорится в течение длительного времени. Кроме того, гарантированное высокое качество оказания медицинской помощи является не только одним из определяющих факторов, увеличивающих шансы остаться здоровым, быстрее выздороветь и дольше прожить, но и повышает степень удовлетворенности населения системой здравоохранения, а также авторитет профессии врача.

ТҰЖЫРЫМ

Мақалада авторлар тобы медициналық (реабилитациялық) көмек көрсету сапасын бақылаудың негізгі мәселелерін көрсеткен. Сонымен қатар көмек сапасын бақылаудың негізгі компоненттерін тереңдей талқылап, республикалық балаларды оңалту орталығында осы мәселелерді жақсартуға әсер етуші факторларға тоқталған. Авторлар көмек сапасын бақылау жүйесі мен стратегиясын құруды және олардың дәрігер маманы беделін арттыру үшін маңызы зор екендігін атап көрсеткен

РЕЗЮМЕ

В статье авторы описывают основные моменты управления качеством оказываемой медицинской (реабилитационной) помощи, детализируют основные компоненты оценки качества медицинской помощи населению, делая акцент на факторы, способствующие ее улучшению в условиях республиканского детского реабилитационного центра. Авторы также предлагают создать систему контроля над качеством и определить стратегию его улучшения для повышения авторитета профессии врача.

SUMMARY

In the article the authors describe the main points of quality control of medical (rehabilitation) care, detail the main components to assess the quality of medical care, with an emphasis on the factors that contribute to its improvement in the conditions of the republican children's rehabilitation center. The authors also propose to establish a system of quality control and to define a strategy to improve it to improve the credibility of the medical profession.

УДК 364.262.2

ХАРАКТЕРИСТИКА ОГРАНИЧЕНИЯ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ У ИНВАЛИДОВ ВСЛЕДСТВИЕ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В КАРАГАНДИНСКОЙ ОБЛАСТИ

Ш.М. Газалиева, Н.Ю. Илюшина, М.Н. Югай

Департамент по контролю и социальной защите Комитета по контролю и социальной защите МТСЗН РК по Карагандинской области, г. Караганда, Казахстан

Цереброваскулярные заболевания (ЦВЗ) из-за значительной распространённости и тяжелых последствий для жизни и здоровья (смерть, инсульт, деменция, инвалидизация) являются важнейшей медико-социальной проблемой во всех странах [1].

Среди перенесших инсульт, 75-80% больных полностью утрачивают трудоспособность и профессиональные навыки и становятся глубокими инвалидами, и только около 15% из них возвращаются к труду, но восстановление прежней трудоспособности после инсульта у большинства людей проблематично [2]. К наиболее частым последствиям инсульта относят развитие двигательных расстройств (до 80%) и когнитивных нарушений (40-70%), в значитель-

ной степени снижающих качество жизни пациентов [3].

Цель. Изучить особенности ограничения жизнедеятельности у инвалидов вследствие цереброваскулярных заболеваний в Карагандинской области.

Материалы. В соответствии с целью и задачами исследования, нами проанализирована статистическая отчетность отделов медико-социальной экспертизы (МСЭ) Карагандинской области в соответствии с Централизованной базой данных лиц, имеющих инвалидность (ЦБДИ) Министерства труда и социальной защиты населения Республики Казахстан, изучены акты освидетельствования инвалидов вследствие цереброваскулярных заболеваний.