

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.

ТҮЖЫРЫМ

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.

Методы. Использовались статистические методы исследования, анализ показателей первичной инвалидности.

Нами проанализирована первичная инвалидность вследствие ЦВЗ в РК и Карагандинской области за последние 5 лет, т.е. за период 2007 – 2011 гг.

Как видно из данных, приведенных в таблице 1, в республике отмечался рост количества впервые признанных инвалидов (ВПИ) при данной нозологии: если в 2007 г. впервые инвалидность при данной нозологии установлена 3578 чел., то уже в 2011 г. – 4390 чел.

Таблица 1 - Количество первичных инвалидов вследствие ЦВЗ в РК и распределение их по полу среди взрослого населения

Год	Всего	Из них работающие	% от впервые признанных инвалидами	Мужчины		Женщины	
				абс.	%	абс.	%
2007	3578	1324	37,4	2372	66,3	1206	33,7
2008	3923	1441	36,7	2612	66,6	1311	33,4
2009	4156	1462	35,2	2734	65,8	1422	34,2
2010	4153	1458	35,1	2746	66,1	1407	33,9
2011	4390	1514	34,5	2939	66,9	1451	33,1

В Карагандинской области прослеживалась аналогичная тенденция: в 2007 г. количество ВПИ по данной нозологии составляло 468 чел., в 2011 г. - 521 чел., (таблица 2).

Вместе с тем, мы не наблюдали роста первичной инвалидности среди лиц, направленных на освидетельствование в отделы МСЭ Карагандинской

области с последствиями перенесенного мозгового инсульта: в 2007 г. их количество составляло 357 чел., в 2008-2009 гг. наблюдался незначительный рост числа ВПИ: 363 - 362чел. в последующие годы – без динамики на фоне роста ВПИ в целом по ЦВЗ, что свидетельствует о росте первичной инвалидности за счет хронических форм ЦВЗ.

Таблица 2 - Количество инвалидов вследствие ЦВЗ в Карагандинской области и распределение их по полу

Год	Всего	Из них работающие	% от впервые признанных инвалидами	Мужчины		Женщины	
				абс.	%	абс.	%
2007	468	56	12,0	286	61,0	182	38,9
2008	463	69	14,9	277	60,0	187	40,4
2009	466	68	14,6	273	58,6	193	41,4
2010	480	55	11,5	284	59,2	196	40,8
2011	521	66	12,7	346	66,4	175	33,6

Нарушения психических и речевых функций (мнестико-интеллектуальное снижение, моторная, сенсорная, амнестическая афазии, дизартрия, анартрия, аграфия, алексия, нарушения праксиса, гнозиса и др.) определялись в 64,9% случаев. Нарушения сенсорных функций (снижение остроты зрения, гемианопсия, концентрическое сужение поля зрения, нейросенсорная тугоухость, нарушение различных видов чувствительности и др.) отмечались в 68,2% случаев. Висцеральные и метаболические нарушения (расстройства питания, кровообращения, дыхания и др.) наблюдались в 74,6% случаев (таблица 3).

Таблица 3 - Распределение больных вследствие ЦВЗ по клинико-функциональным нарушениям

№	Нарушение функции	%
1	Стато-динамические нарушения	82,7
2	Сенсорные нарушения	68,2
3	Нарушение речевых и психических функций	64,9
4	Висцеральные и метаболические нарушения (расстройства питания, кровообращения, дыхания и др.)	74,6

По результатам обследования клиническая картина у пациентов с церебральной сосудистой патологией характеризовалась значительным полиморфизмом клинических проявлений, включающих дисциркуляторные, очаговые и общемозговые синдромы. Наиболее частой нозологической причиной выявленных нарушений функций организма у данного контингента явились последствия острого нарушения мозгового кровообращения по ишемическому типу – в 74% случаев.

Согласно нашим исследованиям, осложнения мозгового инсульта среди ВПИ распределились следующим образом: наиболее распространенными были пирамидные двигательные нарушения в виде гемипареза и гемиплегии (86%) и речевые расстройства в виде моторной и сенсорной афазии (36,5%). Несколько реже был диагностирован повторный инсульт (11,5%). Доля психических нарушений была отмечена в 6,5% случаев, несколько реже встречались мозжечковые (атактические) нарушения (5,5%), а также корковые (2%), экстрапирамидные (2,5%), бульбарные расстройства (3%) и судорожный синдром (2,5%). Доля психических нарушений была отмечена в 6,5% случаев, несколько реже встречались мозжечковые (атактические) нарушения (5,5%), а также корковые (2%), экстрапирамидные (2,5%), бульбарные расстройства (3%) и судорожный синдром (2,5%).

В изученном контингенте пациентов определены

ограничения следующих категорий жизнедеятельности: способности к самообслуживанию, способности к передвижению, способности к общению, способности к обучению, способности к ориентации, способности контролировать свое поведение, способности к трудовой деятельности.

Распределение частоты ограничений жизнедеятельности в зависимости от вида нарушенных функций показало, что ограничение способности к самообслуживанию и самостоятельному передвижению при ЦВЗ наблюдалось, как правило, при нарушениях статодинамической функции; способности к обучению - при нарушениях психических, статодинамических и сенсорных функций; ограничения способности к трудовой деятельности - при нарушениях всех основных функций; способности к общению при речевых нарушениях, нарушениях психических, сенсорных функций; способности к ориентации при нарушениях психических и сенсорных функций; способности контролировать свое поведение - при нарушении психических функций.

Сочетание признаков стойких ограничений жизнедеятельности вследствие ЦВЗ с необходимостью в мерах социальной защиты, включая необходимость в обеспечении техническими средствами реабилитации и услугами явилось главным условием для установления группы инвалидности и определения комплекса реабилитационных мероприятий [4].

Клинико-функциональными критериями, приводящими к ограничению вышеперечисленных категорий жизнедеятельности 1 степени и определению третьей группы инвалидности являлись: умеренные статодинамические нарушения (гемипарез, монопарез верхней или нижней конечностей, вестибулярные расстройства), нарушения психических функций (умеренное мнестико-интеллектуальное снижение, дизартрия, стойкий умеренный психоорганический синдром). При этом критерием для определения третьей группы инвалидности при условии отсутствия ограничения способности к трудовой деятельности являлось наличие сочетания ограничений остальных категорий жизнедеятельности (не менее двух).

Клинико-функциональными критериями, приводящими к ограничению вышеперечисленных категорий жизнедеятельности 2 степени и установлению второй группы инвалидности являлись: выраженные статодинамические нарушения (выраженный гемипарез, выраженные вестибуло-мозжечковые нарушения), выраженные нарушения психических функций, выраженные речевые нарушения, выраженное мнестико-интеллектуальное снижение.

Клинико-функциональными критериями, приводящими к ограничению вышеперечисленных категорий жизнедеятельности 3 степени и определению первой группы инвалидности являлись: значительно выраженные

статодинамические нарушения (гемиплегия, значительно выраженный гемипарез, значительно выраженные вестибулярно-мозжечковые нарушения, тотальная сенсомоторная афазия, нарушения психических функций со значительно выраженным мнестико-интеллектуальным снижением, деградация личности с отсутствием критики).

Вывод:

Таким образом, у больных с ЦВЗ в зависимости от вида нарушенных функций и степени их выраженности, страдали следующие категории жизнедеятельности - способности к самообслуживанию, способности к передвижению, способности к общению, способности к обучению, способности к ориентации, способности контролировать свое поведение, способности к трудовой деятельности.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Верещагин Н.В., Пирадов М.А., Суслина З.А. *Инсульт. Принципы диагностики, лечения и профилактики. Краткое руководство для врачей.* — М., 2002. - 206 с.
2. Верещагин И.В., Гулевская Т.С., Миловидов Ю.К. *Неврологические аспекты проблемы сосудистой деменции // Журн. невропатол. и психиатр.* - 1993. - №3. - С. 91-95.
3. Верещагин И.В., Моргунов В.А., Гулевская Т.С. *Патология головного мозга при атеросклерозе и артериальной гипертензии.* — М., 1997. — 287 с.
4. «Правила проведения медико-социальной экспертизы», утвержденные Постановлением Правительства РК от 20 июля 2005 года № 750.

РЕЗЮМЕ

Характеристика ограничения жизнедеятельности у инвалидов вследствие цереброваскулярных заболеваний в карагандинской области

У больных с ЦВЗ в зависимости от вида нарушенных функций и степени их выраженности, страдали следующие категории жизнедеятельности - способности к самообслуживанию, способности к передвижению, способности к общению, способности к обучению, способности к ориентации, способности контролировать свое поведение, способности к трудовой деятельности.

Ключевые слова: нарушенные функции.

SUMMARY

Disability Characteristics of persons with disabilities due to cerebrovascular diseases in the Karaganda region

In patients with CVD, depending on the type of disturbed functions and their degree of severity, suffered the following categories of life - the ability for self-care, mobility abilities, communication skills, ability to learn, the ability to orientation, the ability to control their behavior, the ability to work.

Keywords: functional disability.

УДК 616.8-08

РОБОТИЗИРОВАННАЯ МЕХАНОТЕРАПИЯ В НЕЙРОРЕАБИЛИТАЦИИ

Даминов В.Д.

Федеральное Государственное Бюджетное Учреждение «Национальный медико-хирургический центр им. Н.И.Пирогова Минздрава РФ»

Способность к передвижению в пространстве – одна из наиболее важных двигательных функций живого организма. Реабилитация больных с двигательными нарушениями, развившимися вследствие заболеваний и травм центральной нервной системы, является одной из наиболее актуальных проблем современной

медицины. Это обусловлено, прежде всего, большой распространенностью, как сосудистых заболеваний головного мозга, так и травм головного и спинного мозга. Наиболее частым инвалидизирующим проявлением вышеупомянутых заболеваний является нарушение функции ходьбы различной степени выраженности.