

маживанию функционально подавленных в норме ипсилатеральных путей как при правополушарном и при левополушарном процессе.

ВОПРОСЫ ОПТИМИЗАЦИИ СТРУКТУРЫ ПОЛИКЛИНИКИ В СОВРЕМЕННОЙ СИТУАЦИИ

Колбенева Ю.Н., Голубовский С.А.

*Муниципальное учреждение
здравоохранения «Городская
поликлиника № 11», Омск, Россия*

Программа модернизации здравоохранения (далее ПМ), которая в настоящее время разрабатывается министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации и в которой активно задействованы регионы, имеет целью улучшение качества и обеспечение доступности медицинской помощи населению путем решения трех задач:

1. Укрепление материально-технической базы медицинских учреждений.
2. Внедрение современных информационных систем в здравоохранение.
3. Внедрение стандартов оказания медицинской помощи.

Как показывает опыт практической работы, одним из значимых элементов системы здравоохранения является первичная медико-санитарная помощь, осуществляемая непосредственно в территориальных амбулаторно-поликлинических учреждениях (далее АПУ). На наш взгляд одной из важных задач ПМ должна быть задача оптимизации структурных элементов системы здравоохранения и в частности АПУ. За последние тридцать лет, несмотря на значительные социальные перемены в жизни общества структура амбулаторно-поликлинических учреждений практически не менялась. Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 3 июня 2003 года № 229 была утверждена единая номенклатура государственных и муниципальных учреждений здравоохранения, а приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 января 2007 года № 56 организация деятельности и структура детской поликлиники. Структура поликлиник для взрослого населения осталась прежней.

Нами были учтены следующие весомые на наш взгляд факторы, делающие актуальной поставленную здесь проблему, а именно:

– в условиях перехода учреждений здравоохранения на одноканальное финансирование и возрастание роли средств ОМС возрастает значимость комплексной работы всего учрежде-

ния, начиная от регистратуры и конкретных врачей – терапевтов, врачей специалистов и средних медицинских работников, заканчивая кабинетом медицинской статистики и экономическим отделом, которые и выдают конечный продукт – реестры оказания медико-санитарной помощи;

– приоритетный национальный проект «Здоровье» (далее ПНП) предусматривает, такую дополнительную оплачиваемую функцию учреждения, как дополнительная диспансеризация. Это, прежде всего организационная функция АПУ, которая требует, как привлечение контингента для диспансеризации, в соответствии с планом, а также организация обследований, порой на договорной основе с другими учреждениями;

– полученное в соответствии с разрядкой диагностическое оборудование по ПНП, требует условий для его и эффективного использования: наличие площадей и специалистов для его эксплуатации, а также приобретения комплектующих по мере их расходования (например: лабораторные реактивы);

– льготное лекарственное обеспечение, требует четкого взаимодействия ряда структурных подразделений АПУ: терапевтических отделений, неврологического, офтальмологического, хирургического кабинетов. При обслуживании поликлиникой населения 40 тыс. человек и более количество автоматизированных рабочих мест, задействованных в ДЛЮ должно быть не менее 20.

Учитывая вышесказанное можно говорить о необходимости усиления в АПУ организационно – методических отделов и ИТ – подразделений. Так, нами при кабинете медицинской статистики создана функционально – проблемная группа, обеспечивающая решение поставленных выше вопросов, под непосредственным руководством главного врача учреждения. В состав группы входят организаторы здравоохранения, медицинские статистики и инженеры – программисты. Одной из основных задач данной группы является повышение эффективности деятельности в условиях реализации ПНП и перехода на одноканальное финансирование.

С учетом введения экстерриториального обслуживания населения при наличии страхового полиса (свободный выбор врача), а также более гибкого реагирования на обращения граждан, нами внедрены новые формы работы это организация совета общественности при поликлинике и встречи с населением главного врача поликлиники в общественной приемной депутата городского совета. Это способствует решению обращений пациентов по организации медицинской помощи и одновременно изучает-

ся спрос и удовлетворенность населения работой поликлиники, что является достаточно эффективным механизмом обратной связи в деятельности учреждения.

ТОЧЕЧНЫЙ» МАССАЖ, КАК МЕТОД ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОСТИНСУЛЬТНЫХ СПАСТИЧЕСКИХ ПАРЕЗОВ И ПАРАЛИЧЕЙ

Королев А.А., Суслова Г.А.

*ГОУ ВПО «Санкт-Петербургская государственная педиатрическая медицинская академия»,
Санкт-Петербург, Россия,
koroland.dok@mail.ru*

Ключевые слова: инсульт, спастические парезы, «точечный» массаж

Так называемый точечный массаж является одной из разновидностей рефлексотерапии. Сущностью рассматриваемого метода является воздействие в точки акупунктуры давлением (прессация) и массирующими движениями. На практике «точечный» массаж применяется тремя методами: сильный, средний и слабый [1].

Массаж (прессация) осуществляется кончиками I, II и III пальцев руки. Сильный метод заключается в сильном надавливании в область точки акупунктуры с вращательными движениями. Предусмотренные ощущения – выраженные. Время воздействия – 4-5 минут в каждую точку. Средний метод: надавливание на точку с вращательными движениями до получения умеренных предусмотренных ощущений, длительность массажа 2-3 минуты в каждую точку. Средний вариант, как показали исследования, обладает миорелаксирующим действием и чаще всего используется у больных со спастикой. Количество пунктов – до 10, при определенном навыке можно проводить массаж в 2-6 точек акупунктуры одновременно. Для достижения релаксации мышц используется также точки концевых фаланг, преимущественно верхних конечностей. Методика массажа отличается от описанной выше: концевую фалангу одного из пальцев берут между I и II пальцем, затем ее слегка вращают (перекатывают) вдоль продольной оси, сжимая между I и II пальцами [8].

В целях осуществления слабого вида (возбуждающего эффекта) кончиком пальца наносят короткие (4 сек.) массирующие движения с отрывом пальца от кожи на 1-2 секунды. Длительность воздействия в каждой точке – 1-1,5 минут, на процедуру используется до

8-9 точек. Слабый (возбуждающий) метод «точечного» массажа у больных со спастическими гемипарезами используется, как правило, при проведении сеанса лечебной физкультуры для стимуляции паретичных групп мышц, участвующих в движении [10]. «Точечный» массаж необходимо проводить при удобном положении больного и массажиста в целях достижения максимального расслабления мышц у пациента и предотвращения переутомления рук лица, проводящего процедуру [5]. Принципы подбора точек акупунктуры для расслабления мышц верхней и нижней конечности несколько отличаются друг от друга. Возможно, это связано с различием структур головного и спинного мозга, участвующих в регуляции их мышечного тонуса. В частности, известна меньшая «пирамидизация» нижней конечности по сравнению с верхней.

При выборе точек акупунктуры на верхней конечности рекомендуется руководствоваться следующими принципами. Начинать «точечный» массаж целесообразно с использованием точек проксимальных отделов. Пункты дистальных отделов должны массироваться в последнюю очередь. Опыт показывает, что чем дальше расположены точки акупунктуры от спастических групп мышц, тем легче массируемые точки вызывают снижение мышечного тонуса. Например, при наличии спастичности в сгибателях кисти и пальцев начинать массаж нужно с точек «воротниковой» зоны (точки средней и I боковой линии спины), точек надплечья с обеих сторон, а затем использовать точки проксимального отдела верхней конечности. Как правило, такая последовательность воздействия приводит не только к расслаблению мышц проксимального отделов, но и к отчетливому снижению тонуса мышц дистальных отделов [11].

Исходя из закона Хагбарта (торможение одних групп мышц достигается стимуляцией их антагонистов), основные точки акупунктуры для расслабления мышц верхних конечностей следует выбирать на мышцах, антагонистах спастическим. Например, для расслабления сгибателей предплечья целесообразно использовать точки в зоне разгибателей предплечья, для снижения тонуса в сгибателях пальцев – на их антагонистах, разгибателях пальцев. Как показывает опыт, точки акупунктуры расположенные в области мышц верхних конечности с повышенным тонусом, имеют малую практическую ценность. Это обусловлено, во-первых, недостаточной эффективностью, во-вторых, затрудненным доступом к точкам сгибательной поверхности. При выборе точек акупунктуры целесообразно руководствоваться знанием мест прикрепления мышц. «Точечный» массаж в точки, расположенные в этих зонах, также эф-