

будет получать помощь со стороны Ассоциации по страхованию здоровья. Однако ее введение увеличит финансовую нагрузку на категории населения старших возрастов.

Что касается сокращения суммы вознаграждения за прием, то это может вести к перегрузкам персонала клиник, снижению качества медобслуживания и, в конечном счете, к глубокому кризису всей системы здравоохранения. [15]

Повышение качества медицинского обслуживания – одна из основных задач реформ XXI в. На данный момент, из-за отсутствия экономических стимулов квалификация врачей и качество медицинского обслуживания не повышаются.

Пациент нового тысячелетия будет вынужден осознать тот факт, что если он желает получить хороший сестринский уход и достаточное по времени внимание со стороны врача, ему придется нести соответствующие затраты. Поскольку низкая цена на услуги по оказанию необходимой медицинской помощи, способствующей поддержанию здоровья пациентов, не всегда позволяет осуществлять их на должном уровне.

В ходе реформы также важно уделить внимание обеспечению полной прозрачности информации по работе системы, тарифам, истории болезни. Таким образом, в XXI в. Япония может стать мировым центром высококачественного здравоохранения и «раем для пожилых», но только в том случае, если успешно будут проведены структурные реформы здравоохранения.

Выводы. В результате проведения системной реформы современное состояние здравоохранения Японии характеризуется высоким уровнем оказания профессиональной медицинской помощи всем группам населения страны.

Реформирование системы здравоохранения имело выраженный этапный характер и в каждый временной период было обусловлено насущными социальными и экономическими проблемами. Каждый этап реформы имел широкое общественное обсуждение и был подкреплен законодательно. Реформирование системы здравоохранения Японии позволило последовательно решать возникающие проблемы без социального напряжения, негативных проявлений, выраженного расслоения общества и стало важной составляющей увеличения продолжительности и качества жизни подданных страны.

Литература

1. Григорьева Н.С. // Вест. ММГУ.– 2006.– Сер.21, Управление (государство и общество), №3.– С. 67–86.
2. Тихоцкая И.С. Политика в отношении «старейшего общества».– М., 1998.– С.215–243.
3. Тихоцкая И.С. // Япония 1999-2000. Ежегодник.– М., 2000.– С.159–179.
4. Черниковский Д. // Врач.– 1993.– № 3.– С. 2–3.
5. Vean J. R. National // Neurologia medico-chirurgica.–2005.– Vol. 45.– P.18–24
6. Japan 2007. An international comparison, 2007 // Keizai Koho Center.–2007
7. Okimoto D.A., Yoshikawa A. Japan's health system: Efficiency and effectiveness in universal care. New York: Faulkner & Gray.– 1993
8. Wise D.A., Yashiro N.. Health Care Issues in the United States and Japan. //University of Chicago Press.– 2006.– P. 17–41
9. 鶴田 忠彦 (トキタ・タダヒコ) : 日本の医療改革—レセプトデータによる経済分析// 東京・東洋経済新報社 (2004) 遠藤久夫 (エンドウ・ヒサオ)、池上己(イケガミ・ナオキ) : 医療保険・診療報酬制度// 東京、勁草書房、第2巻(2005)
10. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ). <http://www.who.int>
11. Министерство внутренних дел и связи. «Report on the Survey of Research and Development». <http://www.soumu.go.jp>
12. Министерство здравоохранения, труда и благосостояния, официальный сайт. <http://www.mhlw.go.jp/>
13. Япония от А до Я. Энциклопедия. <http://www.japantoday.ru>
14. <http://www.healthmanagement.ru/html/N16/Abe.htm>

УДК 616.248-08:616.12-008.331

УСТРОЙСТВО ДЛЯ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ ТЕХНОЛОГИИ МЕХАНОТЕРАПИИ В ПУЛЬМОНОЛОГИИ

М.А. ВАРФОЛОМЕЕВ*, В.М. ЛЫСЫЙ†, В.П. МОИСЕЕВ*, Э.М. НАУМОВА*, А.А. ХАДАРЦЕВ†, В.А. ХАДАРЦЕВ†

Внедрение различных немедикаментозных технологий в терапию больных заболеваниями органов дыхания обусловлено недостаточной эффективностью лекарственной терапии. В условиях пульмонологических стационаров при лечении хронического бронхита, хронических обструктивных болезней легких, бронхиальной астмы, затяжного течения острой пневмонии нами использовались: вспомогательная искусственная вентиляция легких, наружный аппаратный и вибрационно-импульсный массаж грудной клетки, тренировка дыхания с сопротивлением вдоху и выдоху, сконструированы необходимые технические устройства.

Из-за отсутствия серийных механотерапевтических аппаратов, тренажеры не были широко внедрены в практику. На основе ранее разработанных устройств наружного аппаратного вибрационного и компрессионного воздействия на грудную клетку создан программно-аппаратный комплекс, включающий в себя современную элементную базу (рис. 1 – 3 стр. обл.).

Комплекс состоит из связанных между собой источника генерации избыточного давления воздуха – компрессора, блоков управления (компьютер с программным обеспечением или пульт управления) с возможностью изменять параметры воздействия на грудную клетку (частоту, длительность, интенсивность). Принципиально важным является объединение в одной грудной манжете компрессии грудной клетки и вибрационного (вибрационно-импульсного) воздействия на нее от одного пневмоисточника. Есть 3 варианта манжеты (детская, взрослая и для лиц с ожирением). Возможно проведение постуральных (позиционных) дренажей (рис. 2 – 3 стр. обл.). Обеспечивалось механотерапевтическое воздействие в амбулаторных условиях, при контроле функции внешнего дыхания на компьютерном видеореагре.

Компрессионно-вибрационное воздействие осуществляли в течение 12 дней на 114 больных бронхиальной астмой и 151 пациента с хроническим бронхитом (n₁ – основная группа). В контроле (n₂ – 176 человек с хроническим бронхитом и 127 – с бронхиальной астмой) получали рутинную терапию по стандартам лечения, которые применялись и в основной группе. Выявлен прирост показателей ФВД наряду с клиническим улучшением (табл.).

Таблица

Прирост показателей функции внешнего дыхания у больных после компрессионно-вибрационного воздействия через 12 дней в %

Показатели ФВД в % к должным величинам	Бронхиальная астма		Хронический бронхит	
	n ₁ = 114	n ₂ = 127	n ₁ = 151	n ₂ = 176
ЖЕЛ	12,6±1,1	7,0±0,7	12,1±2,3	6,8±1,7
P	< 0,05		> 0,05	
ОФВ ₁ с	36,4±4,2	19,7±3,5	35,5±3,9	20,4±2,06
P	< 0,01		< 0,01	
V 50	22,3±3,1	11,4±2,9	20,7±2,93	9,65±4,75
P	< 0,01		< 0,05	
ОФВ ₁ с / ЖЕЛ	11,2±1,3	7,2±1,4	8,52±1,4	6,54±1,36
P	< 0,05		> 0,05	

Под нашим наблюдением находилась также группа больных из 72 человек с затяжным течением острой пневмонии. Мужчин – 68,1%, женщин – 31,9%. До специализированного стационара среднее время болезни составило 36,1±4,8 дня, в стационаре – 29,7±5,1 дня, общий срок болезни – 65,8±2,2%, ОФВ₁/ЖЕЛ – 68,4±2,1%, ПТМ_{выд} – 97,4±4,5%, нарушена механика дыхания у 45 больных (62,5%). МВЛ в этой группе исходно составила 63,1±4,8%. В результате компрессионно-вибрационного воздействия на фоне стандартного лечения выявлен прирост ЖЕЛ на 12,1±3,9%, ОФВ₁/ЖЕЛ – на 9,5±2,7%, МВЛ – на 28,4±5,2%, что достоверно (p<0,05) отличается от прироста в контрольной группе из 27 больных при 2-недельном сроке рутинных лечебно-реабилитационных мероприятий. Разработаны показания и противопоказания. После лицензирования и серийного производства программно-аппаратного механотерапевтического комплекса врачи-пульмонологи и реабилитологи получают в свой арсенал новую технологию и ее техническое обеспечение.

* г. Тула, «Альфа-прибор», г. Тула, † Медицинский институт ТулГУ