

работы. При этом многие жители исправно оплачивают коммунальные услуги. Именно поэтому жильцы должны осуществлять контроль над организациями, которые берут на себя обязанности управления домом. Требования рынка смогут изменить ситуацию, а в коммунальной сфере появится ряд небольших частных управляющих компаний, ответственно подходящих к работе.

Сегодня уже существует немало примерно того, как управляющие компании эффективно осуществляют свою деятельность. Развитие этой сферы, появление нового опыта построения работы с компаниями, развитие законодательства, а также выход на рынок профессиональных консультантов и аудиторских контор позволяют решить многие проблемы в этой сфере. Сейчас спрос на качественные услуги в области ЖКХ намного опережает предложение, это значит, что проблема может быть решена уже в среднесрочной перспективе.

I.S.Pozdnyakov, V.I. Gushtan
MANAGEMENT COMPANIES IN THE HOUSING AND COMMUNAL SERVICES

An attempt was made to introduce a system of management companies (MC) as the economic core of the modern Russian housing and communal services. Analyzed problems between tenants of apartment buildings and CC, explores the mechanisms of their effective interaction.

Keywords: housing and communal services (HCS) Management Company (MC), the market for municipal services

Т.С. Полтавская*
РЕГИОНАЛЬНОЕ ИЗМЕРЕНИЕ МЕДИЦИНЫ В СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ: ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ИНСУЛЬТА

Статья отражает актуальные проблемы лечения инсульта, на материалах Свердловской области, поскольку, несмотря на большой прогресс в его лечении, имевший место в последние десятилетия, данное заболевание продолжает оставаться в ряду важнейших проблем здравоохранения современного общества.

Ключевые слова: здравоохранение, медицина, инсульт, реабилитация.

Одной из наиболее актуальных проблем в современной медицине является борьба с инсультом и его последствиями. Они ведут к утрате не только двигательных и когнитивных, но и социальных навыков. Общее познавательное ухудшение, замеченное у пациентов, перенёсших инсульт, включает снижение внимания, трудности в выполнении сложных задач, нарушение анализа информации и планирования, трудности в организации.

Эти ухудшения могут уменьшить способность такого пациента жить независимо и привести к значительному снижению

* Полтавская Татьяна Сергеевна - врач-невролог. Центральная городская больница №3. tysayny@yandex.ru

качества жизни. Учитывая перегруженную и дорогую медицинскую систему, важно найти способы оптимизации затрат, способных служить населению. Указанные особенности делают проблему инсульта не только медицинской, но и социальной, связанной с формированием культуры отношения к медицине у населения.

Согласно Национальной Ассоциации Инсульта, от него страдают каждый год приблизительно 795 000 чел. Несмотря на то, что коэффициенты смертности от этого заболевания значительно уменьшились в связи с повышением эффективности лечения, и 470 000 из пациентов, перенесших инсульт, остаются в живых, они приобретают познавательную дисфункцию разной степени выраженности [8].

Предсказывается, что приблизительно 14% всех больных, перенесших инсульт, достигают полного восстановления соматического состояния, но у 43% - 78% из них возникает определенное ухудшение познавательных функций. Инсульт – ведущая причина когнитивного дефицита в России и одна из главных причин инвалидности. Для того, чтобы привести к когнитивному дефициту, достаточно повреждения всего лишь 1% мозга.

В России изменяется подход к медицине. В связи с этим, вводятся стандарты и протоколы, основанные на принципах доказательной медицины и критериев эффективности. Происходит децентрализация медицинских учреждений, а это повышает роль региональной медицинской помощи. Наиболее высокие мощности сосредотачиваются в крупных городах. В частности, в крупнейшем городе Свердловской области – Екатеринбурге, разработаны инновационные методики, существенно отличающиеся от других регионов и городов.

В современных протоколах основным направлением в преодолении последствий инсульта является реабилитация (р), целью которой является уменьшение неврологического дефицита больных, ускорение восстановления утраченных физических и мнестических функций, помощь в социально-бытовой адаптации, улучшение качества жизни, уменьшение степени инвалидности. Она позволяет значительно улучшить результаты лечения и увеличить выживаемость больных.

С апреля 2013 г. в неврологическом отделении стационара ЦГБ №3 активно работает реабилитационная программа больных с заболеваниями центральной нервной системы. На базе отделения используются современные стандарты и протоколы реабилитации, основанные на периоде (острый, восстановительный и остаточных явлений) и тяжести инсульта, характере и тяжести его последствий, во многом определяющих дальнейший прогноз. Данные критерии представлены в международных шкалах: шкале Рэнкин и других шкалах, удобных для оценки реабилитационного потенциала [4].

Критериями эффективности реабилитации больных являются: прогнозируемо возможное восстановление двигательных, коммуникативных и когнитивных функций, социально-бытовой активности (передвижения, самообслуживания), навыков трудоспособности.

В зависимости от реабилитационного потенциала больного подбирается программа на основании мультидисциплинарного

подхода, включающего работу специалистов разного профиля: неврологов, врача-ЛФК, инструкторов, психологов, логопедов.

Были разработаны и внедрены следующие программы на основании тяжести больного и его реабилитационного потенциала. Это первая группа реабилитантов - больные тяжелым инсультом с нарушением функций и жизнедеятельности, 5 баллов по шкале Рэнкина, реабилитационный потенциал которых определяется как низкий. Наиболее выраженный дефицит у таких больных представляет собой нарушение функции движений конечностей, вплоть до полной обездвиженности пораженной стороны тела, снижение общей двигательной активности, выраженную астенизацию больных, а так же, в большинстве случаев, сопутствующую, тяжелую соматическую патологию [5, 6]. Конечные цели: уменьшение дефицита на 20–30%, социально-бытовая адаптация, обучение навыков присаживания, ходьбы, общение на бытовом уровне, преодоление первой группы инвалидности.

Для реализации этих задач используются следующие методики: дыхательная гимнастика, пассивный и активный массаж конечностей, аппаратная вертикализация, метод нервно-мышечной электростимуляции, коррекция нарушения функции глотания, речи, психокоррекция.

Вторая группа реабилитантов - больные инсультом средней тяжести, 4-3 балла по шкале Рэнкин, имеющие, средний или относительно низкий реабилитационный потенциал. Особенностью этих больных является большая активность, они, как правило, уже могут сидеть самостоятельно, или с поддержкой, иногда могут стоять, однако нуждаются в активном обучении функции ходьбы. Так же встает вопрос об обучении самостоятельным бытовым навыкам. Конечные цели: уменьшение нарушений до 40, снижение тяжести инвалидности до III группы, частичное, редко полное восстановление трудоспособности (регресс по шкале Рэнкин 3–2 балла).

Использовались следующие методики: обучение функции стояния и ходьбы, использование лечебного массажа, занятие ЛФК на месте, применение бегущих дорожек с поддерживающими системами [7].

Третья группа реабилитантов - больные с легким или средним неврологическим дефектом, 3-2 степени по шкале Рэнкин. Данная категория больных включает в себя наиболее благоприятную группу для реабилитации, так как демонстрирует практически полное восстановления утраченных навыков. Среди данной группы демонстрируется наибольшее количество пациентов, возвращающихся к труду. Конечные цели: полное восстановление нарушений или незначительный дефицит (1–0 баллов по шкале Рэнкин).

Используются следующие методики: тренировка баланса и уменьшение асимметрии позы при помощи занятий на стабилане, общегрупповые занятия в зале ЛФК, коррекция функции ходьбы, занятия на тренажерах.

Для больных после малого инсульта, имеющих Рэнкин 0б, разработаны программы коррекции отдельных нарушений. Как

правило, данные больные имеют ограниченный дефект, не мешающий их активности, однако значительно снижающий уровень жизни, как например речевые нарушения разной степени выраженности, парезы мимической мускулатуры, ведущей к асимметрии лица, нарушение содружественного движения глаз, ведущие к двоению, нечеткости зрения.

Для таких больных используется: коррекция речи, разработка мимической мускулатуры, упражнение на отдельные мышцы лица, глазодвигательных мышц, разные виды физиотерапии, лечение дозированной ходьбой по парку.

Таким образом, подход, основанный на современных научных исследованиях и инновационных разработках, с использованием различных комбинаций методик позволяет создать в г. Екатеринбург эффективную систему реабилитации даже самых тяжелых больных после инсульта. Данная система опирается на определении реабилитационного потенциала больных, на их индивидуальных особенностях и психологической мотивации на конечный результат.

Разработанная система уникальна в связи с четкой структурой, объемом и последовательностью помощи больным даже с самыми тяжелыми заболеваниями. На базе больницы используются методики и их объем, который не используется в других регионах. Использование новых методик, специально разработанных для уменьшения определенных видов нарушений, создают перспективу достигнуть максимальной эффективности за счет узконаправленного действия на коррекцию утраченного сегмента функций.

Данная система помогает преодолеть высокий риск инвалидности и смертности после инсульта, позволяя больным возвращаться к привычному темпу жизни. Подобное отношение к больным формирует в Свердловской области особую медицинскую среду, функционирующую на основе применения медицинских методик для решения социальных проблем.

Литература:

1. *Максименко, А.М.* Теория и методика физической культуры: учебник [Текст] / А. М. Максименко. – М.: Физическая культура, 2005. – 544 с.

2. *Матвеев, Л.П.* Теория и методика физической культуры (общие основы теории и методики физического воспитания; теоретико-методические аспекты спорта и профессионально-прикладных форм физической культуры): Учеб. для ин-тов физ. культуры [Текст] / Л. П. Матвеев. – М.: Физкультура и спорт, 1991. – 543 с, ил. – ISBN 5-278-00326-X

3. *Gordon N.F.* Physical activity and exercise recommendations for stroke survivors: an American Heart Association scientific statement from the Council on Clinical Cardiology, Subcommittee on Exercise, Cardiac Rehabilitation, and Prevention; the Council on Cardiovascular Nursing; the Council on Nutrition, Physical Activity, and Metabolism; and the Stroke Council [Electronic resource] / N. F. Gordon, M. Gulanick, F. Costa, G. Fletcher, B. A. Franklin, E. J. Roth, T. Shephard. // *Circulation*. – 2004. – Vol. 109. – № 16. – P. 2031–2041. – Режим доступа: <http://circ.ahajournals.org/content/109/16/2031.full>

4. *Lojovich J.M.* The relationship between aerobic exercise and cognition: is movement medicinal? [Electronic resource] / J. M. Lojovich. // *The Journal of Head Trauma Rehabilitation*. – May-June 2010. – Vol. 25. – № 3. – P. 184–192. – Режим доступа: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20473092>

5. *Quaney B.M.* Aerobic exercise improves cognition and motor function poststroke [Electronic resource] / B. M. Quaney, L. A. Boyd, J. M. McDowd, L. H. Zahner, J. He, M. S. Mayo // *Neurorehabilitation and Neural Repair*. – November 2009. – Vol. 23. – № 9. – P. 879–885. – Режим доступа: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3024242>

6. *Rand D.* Feasibility of a 6-month exercise and recreation program to improve executive functioning and memory of individuals with chronic stroke [Electronic resource] / D. Rand, J. J. Eng, T. Liu-Ambrose, A. E. Tawashy. // *Neurorehabilitation and Neural Repair*. – October 2010. – Vol. 24. – № 8. – P. 722–729. – Режим доступа: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3123336>

7. Stroke [Electronic resource] // American Speech-Language-Hearing Association. – Режим доступа: <http://www.asha.org/public/speech/disorders/stroke.htm>

8. Stroke 101 Fact Sheet [Electronic resource] // National Stroke Association. – Режим доступа: <http://schizophreniaforum.org/new/detail.asp?id=1303>

T.S. Poltavskaya

REGIONAL DIMENSION OF MEDICINE IN THE SVERDLOVSK REGION FEATURES STROKE CARE

The article reflects the current problems of the treatment of stroke, on the materials of the Sverdlovsk region, because, despite the great progress in his treatment, which occurred in the last few decades, the disease continues to be among the most important problems of modern society zdravoohraneiya.

Keywords: Health, medetsina, stroke rehabilitation.

УДК 15.81.21

О.Я. Пономарева*, Д.И. Кизер* АДРЕСНАЯ МОТИВАЦИЯ ПЕРСОНАЛА КАК УСЛОВИЕ ДОСТОЙНОГО ТРУДА

В статье авторы выявляют основные подходы к адресной мотивации молодых специалистов. Рассматривают общие мотивационные особенности молодого поколения сотрудников, различия по мотивационным типам и гендерному признаку.

Ключевые слова: мотивация труда, адресная мотивация, поколение Y, мотивационные типы, гендерный мотивационный профиль.

В современных социально-экономических условиях актуальной является проблема мотивации молодых специалистов. Большинство молодых людей в возрасте до 30 лет, не имеющих опыта работы в крупных компаниях, ставят задачу найти работу своей мечты и быть занятыми интересным делом. При этом, для работодателя актуальной является задача привлечь мотивирующей и квалифицированный персонал в наиболее продуктивном возрасте и удержать его. В связи с этим важна постановка вопроса адресной мотивации и, прежде всего, молодежи.

Под мотивацией труда обычно принято рассматривать стремление работника удовлетворить потребности (получить опре-

* Пономарева Ольга Яковлевна - кандидат психологических наук, доцент. УрФУ. andro-soya2011@mail.ru

* Кизер Д.И. – магистрантка. УрФУ.