

«Согласовано»
Главный Врач ГБУЗ ВО
«Муромская районная детская больница»
Пивикина Т.М.
« ____ » март 2023 г. _____

Федеральная программа «Лучшее - детям»

Номинация: «Медико-социальные услуги для
подрастающего поколения в сфере здравоохранения»

Наименование: «Медико-социальные услуги для подрастающего
поколения в рамках инновационного проекта АНТИТАБАК в
условиях учреждений Первичной медико-санитарной помощи
педиатрического профиля»

Организация: Государственное Бюджетное Учреждение Здравоохранения
Владимирской области «Муромская районная детская больница»

Муром 2023 год

Актуальность проблемы. Согласно оценкам Всемирной Организации Здравоохранения, в настоящее время в мире насчитывается 1,6 миллиарда потребителей табака. Почти 5 миллионов ежегодно умирают от вызванных потреблением табака болезней. Большинство курильщиков начинают курить в подростковом возрасте. Из тех, кто начал курить в подростковом возрасте и продолжает курить всю свою жизнь, половина, в конечном счете, умирает от болезней, связанных с курением.

По данным Института Сравнительных Социальных исследований Российской Федерации за 2018 год средний возраст приобщения к курению мальчиков в российской федерации составляет - 10 лет, девочек – 12 лет. В 9-11 классах школ число курящих подростков составляет - 40,8% подростков, среди учащихся ту и техникумов - 78,9 %.

Поскольку в последние десятилетия возросла распространенность подросткового курения, и в особенности регулярного курения подростков, исследователи и практики стали поднимать вопрос о необходимости создания лечебных программ, нацеленных на прекращение подросткового курения. Однако эта область по-прежнему слабо разработана, а литература, касающаяся оказания помощи курящим подросткам, ограничена. Доказано, что первое воздействие никотина в подростковом возрасте изменяет последующие поведенческие реакции на воздействие этого наркотического вещества.

Уже много лет курение табака включено в Международную классификацию болезней человека. В МКБ-10 записано: "Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением табака".

По этой же классификации табак входит и в перечень психоактивных веществ.

В подростковом возрасте бросить курить тяжелее, поскольку это связано с большим количеством психологических факторов, поддерживающих процесс курения. У молодого, психически и физически здорового человека индивидуальная зависимость от табака может

формироваться в течение двух-трех лет. Если у подростка есть какие-то органические поражения, то она может появиться в течение нескольких месяцев.

В мире пока не создано единственного чудодейственного средства, полностью избавляющего от табачной зависимости. Пациенту предлагается комплексное лечение. Во-первых, индивидуальная или семейная психотерапия, обучение подростков методикам отказа от сигареты. При зависимости используется никотинозамещающая терапия - пластырь или жевательная резинка, содержащие никотин в небольших дозах, во-вторых фармакотерапия – Бупропион (замедленного высвобождения), или зибан и т.п. Но пока не имеется достаточных научных данных для широкого практического применения таких рекомендаций именно в подростковом возрасте с точки зрения эффективности и безопасности использования. По данным многочисленных литературных источников, абсолютным противопоказанием для применения никотиновой заместительной терапии (НЗТ) и фармакотерапии являются:

- 1) Лица, выкуривающие менее 10 сигарет в день.
- 2) Беременные и кормящие женщины.
- 3) Курильщики подросткового возраста.

Приоритетные задачи ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ РОССИЙСКОЙ
ФЕДЕРАЦИИ в области профилактической медицины
(24 Конгресс Педиатров России с международным участием)

1. Создание профилактической среды. Пропаганда здорового образа жизни. Психологическое благополучие.
2. Раннее выявление заболеваний и факторов риска. Оптимизация скринингов и профилактических медицинских осмотров.

Участники проекта «Лучшее – Детям»

1. Пивикина Татьяна Михайловна – Главный Врач ГБУЗ ВО ДБом;
2. Абрамович Э.Е – врач-педиатр, К.М.Н., член Союза Педиатров России, врач-организатор Педиатрического здравоохранения РФ;
3. Абрамович Э.Е – врач-рефлексотерапевт;
4. Абрамович Э.Е. – врач-физиотерапевт;
5. Бурова Н.В. – медицинский психолог
6. Ашина О.А. – врач-пульмонолог
7. Абрамович Т.М. – фельдшер-методист
8. Скопина Л.И. – Социальный работник

Материалы и методы реализации проекта «Лучшее – Детям»

На базе структурно-функциональных подразделений отделения медико-социальной помощи детям и подросткам ГБУЗ ВО «Муромская районная детская больница» в рамках медико-социальной программы «АНТИТАБАК» проводится восстановительное лечение декретированного населения с проблемой никотиновой зависимости. В процессе организации и проведения восстановительного лечения используются следующие инновационные медико-социальные технологии:

1. Аппаратно-программный диагностический комплекс – «РУНО», основанный на диагностических принципах вариационной термоалгометрии (ВТА). АПК «РУНО» – современный метод функциональной экспресс-диагностики функционального состояния человека. Цель применения в программе «АНТИТАБАК» – выявление диагностических критериев функционального состояния органов и систем, позволяющих оценить факторы риска реализации хронической патологии с подробным описанием локализации воспалительного процесса в динамике от начала манифестации, психосоциальную дезадаптацию в организованном социуме (тест Люшера), а также способность организма к восстановлению и регенерации на клеточном

уровне с учетом рекомендуемых по результатам обследования схем медико-социальной реабилитации и абилитации (индекс здоровья или «спектральный индекс).

2. Акупунктура – лечебная система, реализуемая через центральную нервную систему посредством раздражения рецепторного аппарата кожи, слизистых оболочек и подлежащих тканей для воздействия на функциональные системы организма.

А) Технология ОННУРИ СУ ДЖОК. С учетом синдромальной диагностики проводится 5 сеансов Су джок акупунктуры для лечения табачной зависимости на метафизическом, эмоциональном и ментальном уровнях: торможение ЯН-желания, тонизация ЯН воли, тонизация инь сухости. У лиц мужского пола сеансы проводятся на левой руке, у лиц женского пола – на правой руке. Сочетается с прогреванием зон основного соответствия мини моксами на ладони - рот, трахея, бронхи, легкие.

Б) Технология Чжень-Цзю терапии - проводится 5 сеансов для коррекции вегетативно-висцеральных и энергетических нарушений с использованием корпоральных и аурикулярных БАТ (биологически-активные точки);

В) Электропунктура. Аппарат "Луч-1" – предназначен для диагностики и лечения методами энерго-информационной медицины путем электрорефлекторного воздействия микротоками. Проводится 2-3 сеанса на БАТ ушной раковины

Показания:

- Вегетативно-сосудистая дистония;
- Невротические и неврозоподобные расстройства;
- Табачная и никотиновая зависимость;
- Заболевания вегетативной нервной системы.

Г) Технология Кан да дзя – лечебный массажный прибор, разработанный по канонам восточной медицины, в котором соединена

система иглокалывания, стимуляция активных точек по меридианам, рефлексорный массаж зон

Проводится 8-10 сеансов от 8 до 10 минут каждый по показаниям.

Д) САМОЗДРАВ – дыхательный тренажер (капнومتر)

Показания:

- Заболевания бронхо-легочной системы;
- Заболевания сердца и сосудов;
- Невротические расстройства и т.д.

Проводится 8-10 сеансов по 12-15 минут каждый по показаниям.

Е) Ароматерапия – целенаправленное применение ароматов растений в целях оздоровления организма человека и окружающей среды.

3. Медико-психологическая помощь – коррекция структуры личности посредством проведения групповых и индивидуальных психотренингов в кабинете психосоциальной релаксации медико-социального отделения. Психологическое тестирование по методике Люшера, Шмишека.

Методологические этапы лечения табачной зависимости
в подростковом возрасте в условиях реализации
медико-социального проекта «АНТИТАБАК»



4. Медико-социальная абилитация в рамках проекта «АНТИТАБАК»

А) Выпуск тематических стендов - «Профилактика и лечение детского алкоголизма», «Методологические этапы лечения табачной зависимости у подростков в рамках проекта «АНТИТАБАК».

Б) Изготовление и распространение тематических памяток в учреждениях образования и лечебно-профилактических учреждениях Первичной медико-санитарной помощи педиатрического профиля:

Подведение итогов реализации проекта (катамнестический обзор, предложения, практическая значимость полученных результатов и т.п.)

Медико-социальный проект «АНТИТАБАК» рассчитан на 12 месяцев.

Подведение итогов проводится после завершения реализации всего цикла мероприятий по медико-социальной реабилитации и абилитации в ЛПУ ПМСП педиатрического профиля на территории округа Муром.

Список литературы

1. Анфимова О. Е., Абрамович Э.Е. «Медико-социальная реабилитация и абилитация в ЛПУ первичной медико-санитарной помощи педиатрического профиля». - Москва,2007 г.- 118 стр.
2. Бабанов С.А. Эпидемиология и профилактика табакокурения // Гигиена и санитария, 2002 №3, с. 33-36
3. Вогралик В.Г., Вогралик М.В. Пунктурная рефлексотерапия. – Горький,1988 г.- стр.290-292
4. Демин С.А. Метод ВАРИАЦИОННОЙ ТЕРМОАЛГОМЕТРИИ В ПРАКТИКЕ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ. Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. Москва, - 2004
5. Каплан Г. И. Сэдок Б. Дж. Клиническая психиатрия. В 2 т. Т.1. Пер. с англ. – М.: Медицина, 1998, - 672 с.
6. СУ ДЖОК акупунктура.2 том. Проф. Пак Джэ Ву.Москва, - 1995 г. - 780 с.
7. Лекции по Су Джок терапии. Часть вторая. Проф. Пак Джэ Ву.Москва, - 1995 г. - 372 стр.
8. Рекомендации по мониторингу табачной эпидемии и борьбе с ней – Всемирная Организация Здравоохранения, Женева, 1999. – 258 с.
9. Практическая рефлексотерапия.Справочник.Стояновский Д.Н.,Кишинев,1987 г. - 245 стр.
10. Скворцова Е.С. Распространенность и мотивы курения среди городских подростков-школьников РФ // Российский медицинский журнал №6 1996, с.14-17
11. Смирнов В. К. Клиника и терапия табачной зависимости – М., 2000. – 96 с.
12. Фридман Л. С., Флеминг Н. Ф., Робертс Д. Х., Хайман С. Е. Наркология: Пер. с англ. – 2-е изд., испр. – М.; СПб.: «Издательство БИНОМ» - «Невский Диалект», 2000. – 320 с.

13. Denscombe M. Uncertain identities and health-risking behavior: the case of young people and smoking in late modernity // *British Journal of Sociology* Vol. 52 Issue 1 (March 2001) pp. 157-177

14. Heishman S. J., Balfour D. K., Benowitz N.L., Hatsukami D.K. Society for Research on Nicotine and Tobacco // *Addiction* Vol. 92 Issue 5 (May 1997) pp. 615-630

15. Levels of cigarette availability and exposure in Black and White women and efficient smokers

Pharmacology Biochemistry and Behavior

Volume 77, Issue 4, April 2004, Pages 685-693

16. Laurier E., McKie L., Goodwin N. Daily and lifecourse contexts of smoking // *Sociology of Health & Illness* Vol. 22 Issue 3 (May 2000) pp. 289-310

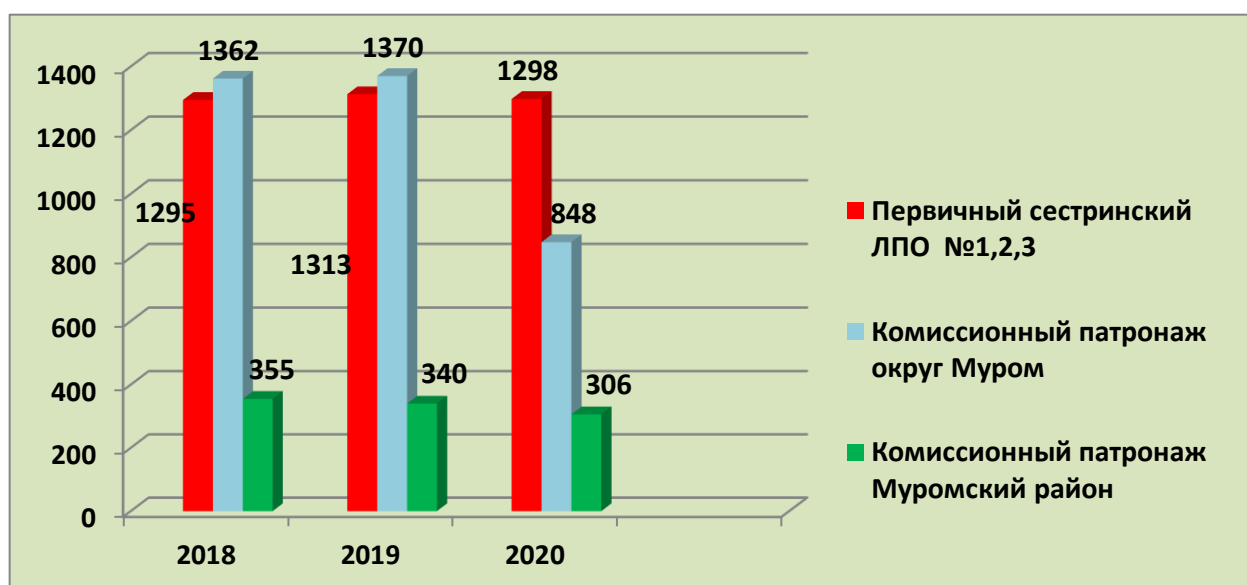
17. Shevalier R. Context dissonance in tobacco education literature //

Journal of Drug Issues Vol. 30 Issue 2 (Spring 2000) pp. 407-434

18. Stead M., Hastings G., Tudor-Smith C. Prevention adolescent smoking: a review of options // *Health Education Journal* Vol. 55 Issue 1 (1996) pp. 31-54

Из таблицы № 4 и диаграммы №4 видно, что в 2018 - 2020 годах количество первичных сестринских и межведомственных патронажей оставалось стабильно высоким и эффективным. В практику патронажной работы внедрена технология «экстренных выездов» в проблемные семьи, еженедельные медико-социальные консилиумы, а также технология пролонгированной компьютерной каталогизации истории выездов с динамической оценкой медико-социального катамнеза). В 2020 году с 1 апреля по 1 августа МСО было закрыто в связи режимом готовности в рамках противоэпидемических мероприятий.

Диаграмма №4

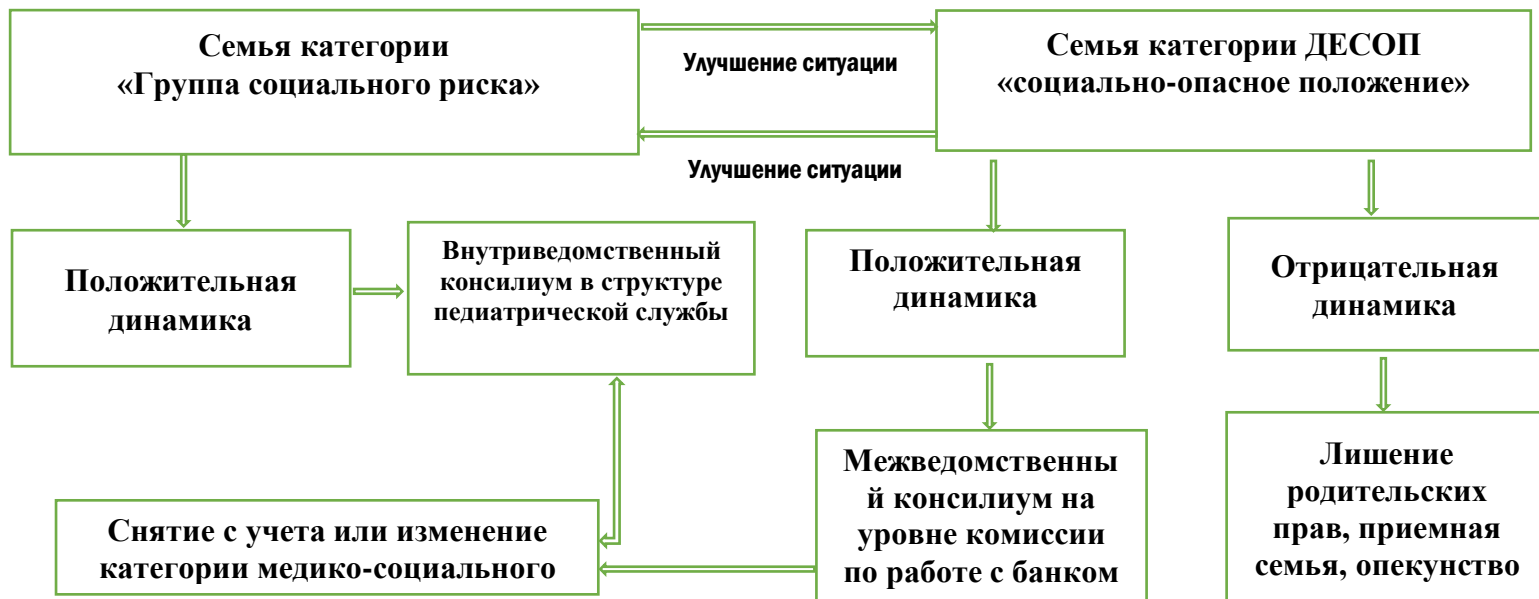


Работа по раннему выявлению детей и семей, находящихся в социально-опасном состоянии и межведомственное взаимодействие по данной проблеме, базируется на практической реализации 3 этапной программы оказания медико-социальной помощи декретированному населению в структуре организаций и ведомств системы профилактики безнадзорности и беспризорности на территории округа Муром на основе 19 летнего опыта работы Отделения медико-социальной помощи ГБУЗ ВО ДБоМ, разработанной и внедренной ДОКТОРОМ Абрамовичем Э.Е. с соавторами.

2 ЭТАП. Алгоритм организации оказания медико-социальной помощи декретированному населению после постановки на учет. (Блок-схема №2)



3 ЭТАП. Алгоритм организации медико-социального катамнеза (оценка эффективности проводимых мероприятий в рамках межведомственного взаимодействия) Блок-схема №3.



Организационно-методические аспекты раннего выявления употребления ПАВ и жестокого обращения с несовершеннолетними

- 1 уровень – первичный сестринский патронаж в семью «группы социального риска» с заполнением персонифицированной схемы верификации факторов медико-социального риска и карты учета;
- 2 уровень - выездные дни специалистов в форме организации комиссионных медико-социальных патронажей в составе инспектора отдела опеки и попечительства, социального работника, психолога ОГУСО, врача-педиатра, социального работника и юрисконсульта МСО (с 2019 года в межведомственную патронажную группу введены врач-психотерапевт, врач физической и реабилитационной медицины и врач-рефлексотерапевт;
- 3 уровень – организация работы с родителями и детьми;
- 4 уровень – организация работы «телефона доверия» отделения медико-социальной помощи.

Раздел 2. Информация о несовершеннолетних, поступивших в лечебно-профилактические учреждения с признаками употребления наркотических и психо-активных веществ.

На базе медико-социальной службы организовано мониторинг в динамике, отражающее состояние проблемологии поступления декретированного населения в состоянии психо-активного опьянения в стационар ГБУЗ ВО ДБом. (Диаграмма №5)

Таблица №5

Медико-социальный мониторинг	2018	2019	2020
Отравление ПАВ	5	5	7

Резюме: в 2020 году значительно возросло число несовершеннолетних, поступивших в приемный покой ГБУЗ ВО ДБом в состоянии психоактивного опьянения.

Динамика мониторингирования детей и подростков, поступивших в приемный покой ГБУЗ ВО ДБом за период с 2018 по 2020 годы.

Диаграмма №5



Таблица № 6

№ п/п	Фамилия, Имя, Отчество	Адрес проживания	Дата поступления
1.	Осынец Даниил Александрович	Ул. Советская дом 45 кв.16	01.05.2019
2.	Стреха Кирилл Сергеевич	С. Лазарево ул. Советская д.36 кв.66	27.05.2019
3.	Артамонов Алексей Андреевич	Ул. Крылова дом 2	29.05.2019
4.	Брызгалов Иван Александрович	п. Муромский, ул. Кольцевая 29-16	07.10.2019
5.	Гришина Екатерина Павловна	Карачаровское шоссе д.30 кв.99	23.12.2019
6.	Миронов Евгений Алексеевич	с. Саксино ул. Садовая дом 43	16.02.2020
7.	Крестов Даниил Иванович	Ул. Фруктовая дом 78	29.03.2020
8.	Овсянникова Анжелика Ивановна	Муромский район, село Степаньково улица Заречная дом 12	29.03.2020
9.	Никитин Владислав Павлович	Улица Куликова дом 23 кв. 27	20.07.2020
10.	Мичкань Екатерина Александровна	Улица Лакина дом 36 кв.101	09.09.2020
11.	Симонов Михаил Андреевич	Ул. Красноармейская дом 45	14.09.2020
12.	Былов Денис Денисович	Ул. Владимирская 2а - 4	30.10.2020

В рамках внутриведомственного взаимодействия между структурно-функциональными подразделениями ГБУЗ ВО «Муромская районная детская больница» каждое поступление несовершеннолетних регистрировалось как «экстренное извещение о случае отравления химическим веществом» с верифицированным диагнозом: Острое экзогенное отравление неизвестным веществом (алкоголь, ПАВ?). Оказывалось реанимационное пособие в соответствии со стандартами и клиническими рекомендациями. Далее экстренное извещение направлялось в отделение медико-социальной помощи детям и подросткам для проведения мероприятий по медико-социальной реабилитации и абилитации декретированного населения.

Все несовершеннолетние, поступившие в состоянии психоактивного опьянения за период с 2019 по 2020 годы были поставлены на медико-социальный учет в категорию – «группа социального риска». В рамках межведомственного взаимодействия с учреждениями системы профилактики округа Муром и Муромского района неоднократно посещались сотрудниками в процессе комиссионных медико-социальных патронажей. Проводились консультации следующих специалистов медико-социальной службы: педиатра, рефлексотерапевта, врача физической и реабилитационной медицины, клинического психолога, специалиста по социальной работе. Активное участие в реализации первичной и вторичной профилактики употребления ПАВ принимали сотрудники Отдела защиты прав детей при Управлении образования округа Муром и Социально-реабилитационного Центра для несовершеннолетних (ГКУСО) (представлены копии документов о легитимном межведомственном взаимодействии)

Все несовершеннолетние приглашались на заседание КДН округа Муром для верификации причинно-следственной связи факторов медико-социального риска в семьях и употребления психоактивных веществ, а также формирования пакета медико-социальной помощи в каждой конкретной ситуации. В связи с отсутствием на заседаниях КДН компетентного и

адекватного представителя педиатрического объединения, медико-социальная служба не имеет информации о содержании профилактической работы с декретированным населением, которая проводится на заседаниях Комиссии по делам несовершеннолетних.

В рамках профилактики и лечения социально-значимой патологии на базе МСО функционируют инновационные медико - социальные программы «АНТИТАБАК» и «АНТИАЛКОГОЛЬ».

Для реализации медико-социальных программ сотрудники МСО разработаны и реализованы следующие лечебно-профилактические мероприятия:

А) Первичная профилактика – внедрение реального механизма контроля за реализацией алкогольной и табачной продукции лицам, не достигшим 18 лет в заведениях розничной торговой сети, закрытие нелегальных точек продажи спиртосодержащей и наркотической продукции на дому, в местах пребывания несовершеннолетних (школы, дискотеки и т.п.)

Б) Вторичная профилактика – функционирование медико-социальных программ «Антитабак» и «Антиалкоголь» на базе структурно-функциональных подразделений медико-социальной службы ГБУЗ ВО «Муромская районная детская больница» - дальнейшее внедрение научно-методических разработок по медицинской реабилитации пациентов с никотиновой зависимостью на базе МСО. адекватное повышение заработной платы сотрудникам МСО в соответствии с образовательным и профессиональным уровнем!

В) Третичная профилактика – организация контроля за медико-социальным катамнезом у лиц, прошедших медико-социальную реабилитацию на базе структурно-функциональных подразделений медико-социальной службы ГБУЗ ВО «Муромская районная детская больница», посредством конструктивного сотрудничества с социальными работниками и психологами учебных заведений Управления образования округа Муром, ГКУСО ВО и др.

Раздел 2.2. Оказание медицинской помощи безнадзорным детям, изъятым из семей социального риска.

Количество безнадзорных, беспризорных детей, помещенных в учреждения здравоохранения по социальным показаниям. Информация взята из Формы N 1 – ДЕТИ (здрав) – Утверждена Госкомстатом России от 30.08.02 N 170а.

Таблица №7

№	Количество безнадзорных, беспризорных, помещенных в учреждения здравоохранения по социальным показаниям	2018 год Всего 41	2019 Всего 26	2020 Всего 15
1.	Сотрудники органов УВД	-	1	-
2.	Управление соц. защиты	33	12	-
3.	Учреждения здравоохранения (Отдел опеки и попечительства)	7	13	15
4.	Гражданами	-	-	-
5.	Обратились самостоятельно	1	-	-

Из таблицы №7 видно, что в 2020 году значительно уменьшилось число детей и подростков, поступивших в приемный покой стационара по социальным показаниям – на 65 %, что является объективным показателем высокой эффективности работы медико-социальной службы по организации и внедрению профилактических медико-социальных технологий в структуре Педиатрического объединения, обслуживающего декретированное население. Длительность пребывания детей и подростков в социально-опасном состоянии в стационарном учреждении здравоохранения в 2020 году регламентировалась приказом МЗ РФ № 307 от 14.07.03 г., включающим алгоритм параклинического обследования по показаниям и необходимостью осмотров специалистами в рамках «Программы государственных гарантий оказания медицинской помощи на территории Владимирской области в 2020 году ». Одним из направлений повышения качества оказания медицинской помощи социально-незащищенным категориям населения в 2020 году

явились выезды ДОКТОРА Абрамовича Э.Е. в педиатрическое отделение ГБУЗ ВО ДБом и ЛПО№3 с целью повышения социально-правовой помощи декретированному населению и специализированной в том числе, включающей консультации мастер-класса родителям и детям, поступившим в данное отделение.

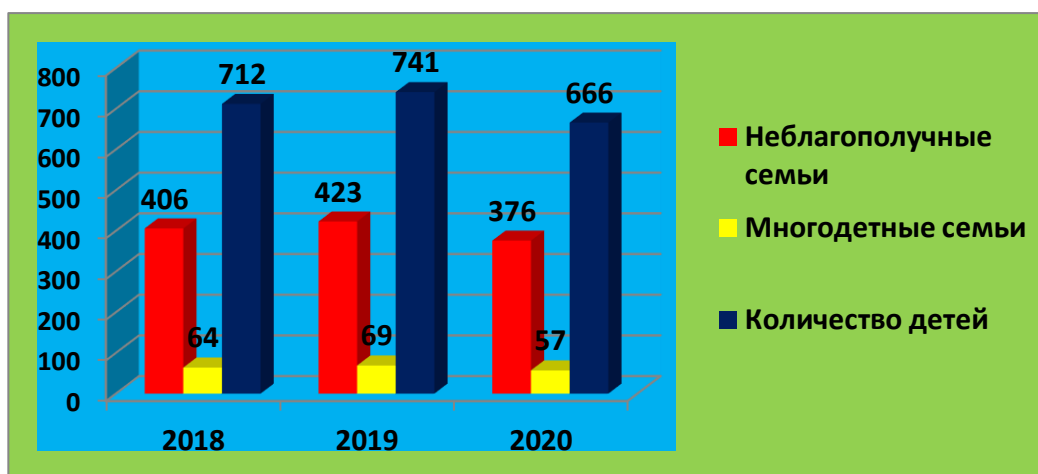
Раздел 2.3. Мероприятия, направленные на поддержку детей и семей, находящихся в социально-опасном положении и трудной жизненной ситуации. (Таблица №5 и Диаграмма №8)

Работа медицинских работников с социально-неблагополучными семьями показана в таблице № 8

Таблица №8

Кол-во социально-неблагополучных семей,	2018	2019	2020
	Абсолютное число Детей 712	Абсолютное число Детей 741	Абсолютное число Детей 666
Всего, в том числе	406	423	376
3-х и более детей	64	69	57

Диаграмма №6



Пояснение к диаграмме №6 и таблице №7. Методологическое понятие «неблагополучная семья» объединяет, как семей из категории «социального риска», так и семьи банка «ДЕСОП» - семьи в социально-опасном состоянии. В таблице показаны объединенные показатели округа Муром и Муромского района. Отмечается увеличение количества социально-неблагополучных семей в категории «ДЕСОП». за счет раннего выявления социального неблагополучия с элементами социально-опасного состояния. Также уменьшилось количество многодетных семей и детей, впервые выявленных и поставленных на медико-социальный учет по согласованию с учреждениями и ведомствами системы профилактики безнадзорности, беспризорности и жестокого обращения с несовершеннолетними. Исходя из этого, медико-социальная служба в 2021 году экстренно нуждается в расширении штатного расписания и предоставлении автомобильного транспорта на постоянной основе.

В таблице №9 показан сравнительный анализ показателей изъятия детей из семьи в динамике с 2018 по 2020 годы.

Таблица 9

Количество детей, изъятых из семей	2018		2019		2020	
	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%
Всего, в том числе	7	0,96	1	-	4	0,92
По причине отказа родителей	7	-	1	-	4	-
По инициативе органов опеки и попечительства	-	-	-	-	-	-
По инициативе медицинских	-	-	-	-	-	-

работников в связи с угрозой жизни и здоровья						
---	--	--	--	--	--	--

Резюме: из таблицы №9 видно, что в 2020 году увеличилось число изъятых детей по причине отказа родителей.

Работа службы «телефона доверия»

Организация работы «телефона доверия» отделения медико-социальной помощи является эффективным инструментом раннего выявления социального неблагополучия и профилактики жестокого обращения в отношении несовершеннолетних. Для оперативного решения медико-социальных вопросов и оказания специализированных видов медико-социальной помощи (психологической, социально-правовой, педиатрической) Номер телефона – 3-29-57.

Таблица №10

Виды медико-социальной помощи	2018 год	2019 год	2020 год
Психологическая	286	290	134
Социально-правовая	114	115	99
Педиатрическая	384	389	221

Из таблицы №10 видно, что за период с 2018 по 2020 годы увеличилось количество обращений по «телефону доверия». Эффективным результатом работы «телефона доверия» является отсутствие фактов беспризорности, жестокого обращения с несовершеннолетними, а также младенческой и детской смертности в группе детей и подростков, находящихся в социально-опасном состоянии. (с 01.04.20 по 31.07.20 МСО было закрыто!)

Медико-психологическая помощь декретированному населению

В структуре медико-социального отделения с 2011 года функционирует Сенсорная комната. Это принципиально новое направление в детской реабилитологии, позволяющее оптимизировать становление интегративных функций ЦНС у детей с недостаточностью развития аффективной стороны личности, задержкой или искажением формирования психических функций и нарушением личностной структуры. Для эффективной реабилитации детей дошкольного возраста с мультисенсорной недостаточностью сотрудниками МСО разработана и внедрена «Модель медико-психологической помощи в структуре отделения медико-социальной помощи ГБУЗ ВО «Муромская районная детская больница».

Структура посещаемости сенсорной комнаты с учетом медико-социальной проблемологии представлена в таблице №11. Из таблицы №11 и диаграммы №10 видно, что за период с 2018 по 2020 годы увеличилось число детей с задержкой становления интегративных функций ЦНС, на фоне несостоятельности медико-биологической адаптации в организованной социуме по возрасту.

Таблица №11

№ п/п	Медико-социальная проблемология	2018	2019	2020
1.	Мультисенсорная недостаточность	17	11	8
2.	Энурез, энкопрез, Логоневроз и т.п.	39	26	19
3.	Нарушение социальной адаптации в ДОУ	8	5	4
4.	Порциальные задержки развития	10	10	6

Таблица №12

№ п/п	Медико-психологическая помощь	2018год (пациенты / посещения)	2019 год (пациенты / посещения)	2020 (пациенты / посещения)
1.	Психодиагностика	710(480)	705(715)	490(495)
2.	Психокоррекция	710(480)	705(715)	490(495)

3.	Психотренинги	Сенсорная комната 12(115)	Сенсорная комната 6(60)	Сенсорная комната 8(80)
4.	Профилактические осмотры	2468(2468)	2414(2414)	1796(1796)
	Итого:	3888(3888)	3825(3845)	2776(2786)

Структура обращаемости за медико-психологической помощью:

- Дети с задержкой психологического и речевого развития - 52%;
- Дети с отклонениями в эмоционально-личностном развитии и социальной дезадаптацией - 28%;
- Дети с психосоматическими нарушениями - 8%;
- Дети с мультисенсорной недостаточностью - 12%.

Раздел 3. Медико-социальная реабилитация и абелитами.

В соответствии Приказом Минздрава России от 29 декабря 2012 г. №1705н, "О порядке организации медицинской реабилитации" (В соответствии со статьей 40 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. 323-ФЗ), в структуре медико-социальной службы в 2019 году успешно функционировал кабинет медицинской реабилитации, который является логическим продолжением функционировавшего с 2006 года кабинета восстановительной медицины для организации круглогодичного цикла оздоровления несовершеннолетних детей и подростков из социально-незащищенных семей с хронической неинфекционной и социально-значимой патологией). Сотрудниками медико-социальной службы были разработаны и апробированы концептуальные подходы по организации работы 2 и 3 этапов медицинской реабилитации на базе структурно-функциональных подразделений отделения медико-социальной помощи.

На каждого пациента заводился индивидуальный лист медико-социальной реабилитации, в котором в течении 12 месяцев фиксировались результаты проводимых реабилитационных мероприятий с учетом анамнеза и положений доказательной медицины.

Перечень нозологических форм и синдромов, с которыми обращались дети и подростки в кабинет медицинской реабилитации, представлен в таблице №13.

Таблица №13

№ п\п		2018 год		2019 год		2020год	
		Запланировано	Реабилитация	Запланировано	Реабилитация	Запланировано	Реабилитация
1.	Сомато-вегетативные (синдром ВСД, ожирение и др.)	30	26 (87%)	25	19 (76%)	27	14
2.	Соматогенные нарушения ЧДБ, БОС и др.)	20	16(80%)	20	18 (80%)	20	15
3.	Нарушения ЦНС (энурез, логоневроз, ЗРР и др.)	50	39 (78%)	40	30 (80%)	30	24
4.	Социально-значимая патология	2	2	2	2	2	-

Технологии медицинской реабилитации

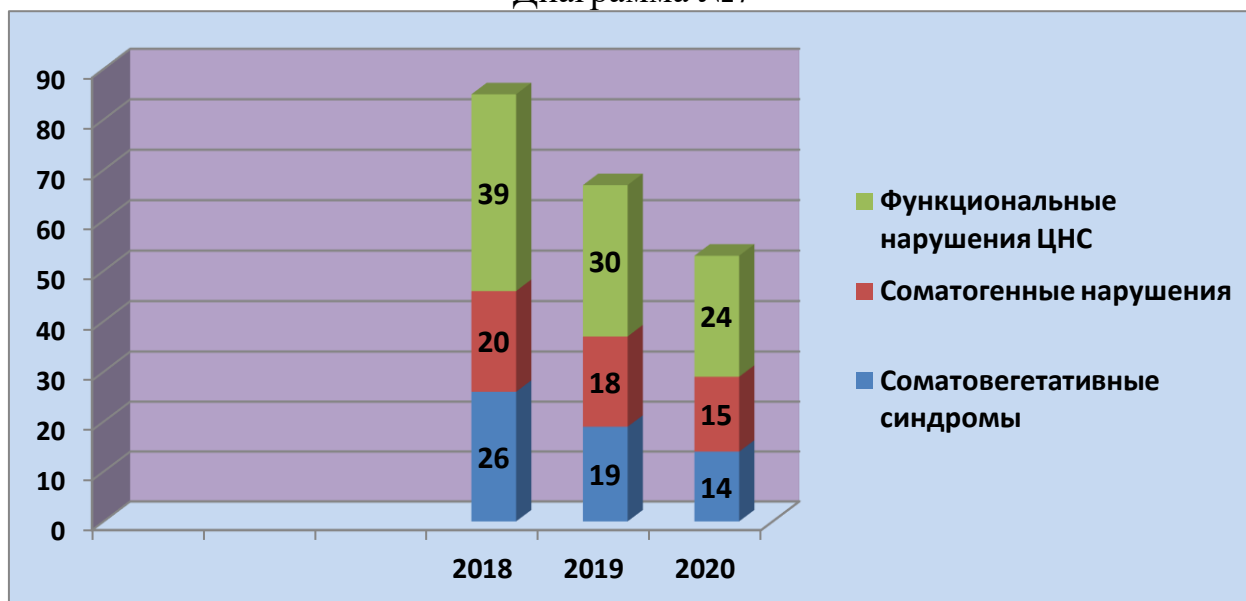
Таблица №14

№ П/п	Технологии медицинской реабилитации	2018 Пациенты/ посещения	2019 Пациенты/ посещения	2020 Пациенты/ Посещения
1.	Физиотерапевтический к-т	3397(6794)	3299(6598)	2200(4400)
2.	Кабинет рефлексотерапии	1132(2830)	1110(2775)	736(1840)
3.	Кабинет массажа	806(2539)	795(2566)	548(1734)
	ИТОГО:	5335	5204	3484

В кабинете медицинской реабилитации МСО инициативная группа в составе медицинского психолога, врача медицинской реабилитации, врача-рефлексотерапевта проводят лечебно-профилактические мероприятия, направленные на реабилитацию пациентов с проблемами табачной зависимости. Лечение проводится с использованием технологий восстановительного лечения – СУ ДЖОК, ЧЖЕНЬ, Оха сияцу и Ань МО терапии на ментальном и эмоционально-волевом уровне, опираясь на базовые положения доказательной медицины. Также используются технологии медико-психологической психокоррекции. Организация подобных мероприятий зависит от наличия показаний и противопоказаний для данного вида терапии.

Из таблицы №13 и диаграммы №7 видно, что в 2020 количество пациентов, прошедших через кабинет медицинской реабилитации МСО оставалось стабильно высоким без увеличения штатного расписания медико-социальной службы. При этом качество оказываемых медицинских услуг по-прежнему остается очень высоким, а направление восстановительного лечения с использованием немедикаментозных технологий является одним из самых востребованных в структуре педиатрического объединения.

Диаграмма №7



Оказание социально-правовой помощи декретированному населению представлено в таблице № 15.

Таблица №15

Виды социально-правовой помощи	2018 год	2019 год	2020 год
Оказание социальной помощи на выездах	840	810	500
Защита интересов детей и подростков в суде	8	7	-
Медико-социальный патронаж населения	2322	1592	1154
Гуманитарная помощь	4	9	7
Распространение памяток - вопросников	350	360	230
Санитарно-просветительная работа (лекции)	4	6	28
Организовано активных посещений по тревожным сигналам	1140	998	820

Примечание: Юридическая помощь декретированному населению в 2020 году не оказывалась, в связи с отсутствием юриста в МСО.

Медико-социальная абилитация (профилактика)

В рамках пропаганда здорового образа жизни среди в детско-подростковой популяции:

- 1) Выпущено 3 санитарных бюллетеней. Тематика:

«Профилактика раннего алкоголизма», «Нет наркотикам», «Профилактика и лечение табачной зависимости», «Профилактика ЗППП», «Профилактика кожных заболеваний», «Профилактика туберкулеза» и др.

2) Три тематических стенда - «Профилактика жестокого обращения с несовершеннолетними», «Профилактика и лечение детского алкоголизма», «Методологические этапы лечения табачной зависимости у подростков в МСО»

Распространено - 500 буклетов в учреждениях образования по тематике: Профилактика табачной зависимости и раннего алкоголизма в школьном возрасте.

Образец памятки для несовершеннолетних, распространяемых в процессе межведомственных комиссионных патронажей представлен на блок-схеме №1



Предложения по улучшению внутриведомственного и межведомственного взаимодействия в деятельности организаций и ведомств системы профилактики безнадзорности и безнадзорности на территории округа Муром (основные положения):

1. Повышение качества и достоверности медико-социального мониторинга в рамках принятого алгоритма взаимодействия амбулаторно-поликлинической службы ПМСП педиатрического профиля, стационара и отделения медико-социальной помощи детям и подросткам;
2. Достоверная верификация знаний медицинских работников по проблеме организации медико-социальной реабилитации и абилитации посредством проведения учебно-методических семинаров;
3. Пролонгация работы с родителями и детьми, находящимися в трудной жизненной ситуации;
4. Своевременное занесение в медицинскую документацию катamnестических данных для выполнения легитимного регламента медико-социального процесса по результатам межведомственного взаимодействия;
5. Внедрение дистанционного механизма внутриведомственного согласования с целью повышения эффективности оказания своевременной медико-социальной помощи декретированному населению;
6. Мероприятия по предупреждению физического и психического насилия в семье;
7. Оптимизация положительной практики организационно-методического взаимодействия медико-социальной службы с учреждениями системы профилактики безнадзорности и беспризорности, жестокого обращения с несовершеннолетними в рамках пилотного проекта на территории проживания декретированного населения субъекта Федерации.

Дополнительные положения:

- А) Упрощение процедуры изъятия несовершеннолетних из семей группы медико-социального риска при выявлении факторов социально-

гигиенической и психо-социальной направленности (в том числе психологической депривации), являющихся элементами жестокого обращения с несовершеннолетними;

Б) Ужесточение наказания за употребление ПАВ в общественных местах, на территории лечебных и учебных заведений;

В) Повышение степени социальной защищенности сотрудников, работающих с девиантной и асоциальной категорией населения

(увеличение компенсационных и стимулирующих финансовых выплат за моральный и физический ущерб и т.п.)

Г) Внесение изменений в статьи 331 и 351 Трудового кодекса Российской Федерации, направленных на категорический запрет трудоустройства в лечебно-профилактические учреждения педиатрического профиля на территории РФ бывших сотрудников ГУИНа (ФСИНА), в том числе и образовательных, имеющих негативный опыт популяризации социальных пороков в закрытом социуме

(табакизм, алкоголизм, наркомания, профессиональная некомпетентность, нарушение прав человека, когнитивные нарушения со стороны структуры личности и мн. др.). Предоставить для подобных лиц возможность трудоустройства в исправительные учреждения закрытого типа для несовершеннолетних, с целью организации контроля за качеством оказания медицинской помощи в пределах профессиональной компетенции.

NOTA BENE. Доктор Абрамович Эдуард Ефимович был категорически против включения в персональный состав КДН, в связи с кадровыми изменениями, от системы педиатрического здравоохранения округа Муром некто эрзац-врача-организатора Полянцева в связи с некомпетентностью и профессиональной несостоятельностью в вопросах организации оказания медико-социальной помощи декретированному населению, что безусловно является серьезным препятствием на пути межведомственного взаимодействия КДН округа Муром и Медико-социальной службой.

**Руководитель Медико-социальной службы
Заведующий медико-социальным отделением
с кабинетом медицинской реабилитации
КАНДИДАТ МЕДИЦИНСКИХ НАУК
Врач-педиатр высшей категории
Член Союза Педиатров России (СПР)
Врач-организатор Педиатрического здравоохранения РФ
Врач физической и реабилитационной медицины
Действительный член Всероссийской ассоциации
Врачей восстановительной медицины (АСВОМЕД)
Ассоциации Реабилитологов России
Врач функциональной диагностики
Врач-рефлексотерапевт (ДАЙ ФУ)
Действительный член Российского общества по изучению боли (РОИБ)
Действительный член Международной ассоциации
ОННУРИ СУ ДЖОК терапевтов и Всероссийской
Ассоциации китаеведов и рефлексотерапевтов
Врач-физиотерапевт
Действительный член РОССИЙСКОЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ
МЕДИЦИНСКОЙ АССОЦИАЦИИ СПЕЦИАЛИСТОВ
ТРАДИЦИОННОЙ И НАРОДНОЙ МЕДИЦИНЫ (РАНМ)
ДОКТОР
Абрамович Эдуарду Ефимович
24.12.2020 г.**