



**Государственное Бюджетное Учреждение Здравоохранения Владимирской области  
«Детская больница округа Муром»**

**Пивкина Т.М. Абрамович Э.Е.**

**Территориальный стандарт оказания медико-социальной помощи в ЛПУ первичной  
медико-санитарной помощи педиатрического профиля**



**МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ  
СЛУЖБА ГБУЗ ВО  
"Детская больница  
округа Муром"**

## Содержание

<b>Введение.....</b>	<b>2 – 4</b>
<b>стр.</b>	
<b>Организационно-методические аспекты работы педиатра медико-социального отделения.....</b>	<b>4 – 11стр.</b>
<b>Медицинская реабилитация в структуре отделения медико-социальной помощи .....</b>	<b>11–13 стр.</b>
<b>Оказание медицинской помощи безнадзорным детям, изъятых из семей «социального риска» .....</b>	<b>13-14 стр.</b>
<b>Медико-социальная абилитация.....</b>	<b>14 стр.</b>
<b>Научная организация труда .....</b>	<b>15 стр.</b>
<b>Приложение.....</b>	<b>16-22 стр.</b>

### Список сокращений:

**МСО** - медико-социальное отделение

**ДЕСОП** - единый банк данных детей в социально-опасном состоянии

**ГКУСО** - Государственное Казенное Учреждение социального обслуживания Несовершеннолетних в трудной жизненной ситуации.



**Актуальность проблемы.** В последние годы социально-экономические реформы, проводимые в стране, в том числе и в сфере здравоохранения, поставили перед службой охраны материнства и детства ряд актуальных медико-социальных вопросов, для решения которых потребовались мероприятия медицинской и социальной направленности в ЛПУ первичной медико-санитарной помощи. К числу подобных мероприятий, направленных на снижение заболеваемости и смертности детей. профилактику различных форм задержки становления интегративных функций ЦНС, девиантных форм поведения в детском и подростковом возрасте, улучшения показателей физического и психического здоровья относится работа с социально-неблагополучными семьями, а также с детьми и подростками, проживающими в неудовлетворительных материально-бытовых и психо-социальных условиях, что в значительной степени повышает риск реализации социально-значимой патологии.

Рождение и воспитание детей в таких семьях влечет целый ряд неблагоприятных социально-гигиенических и социально-демографических последствий, среди которых можно выделить нарушение прав детей на охрану жизни и здоровья, жестокое обращение и как исход – социальное сиротство и дезадаптация в обществе.

Для решения целого комплекса мультифакториальных медико-социальных проблем в структуре педиатрического объединения округа Муром в 2001 году, в соответствии с приказом МЗ РФ № 154 от 25.05.99 . «О совершенствовании медицинской помощи детям подросткового возраста» был создан кабинет медико-социальной помощи детям и подросткам.

- **Историческая справка.** С 1 января 2001 года в соответствии с приказом № 154 от 25.05.99 г. в структуре педиатрического объединения «Детская больница округа Муром» открылся кабинет медико-социальной помощи детскому населению. За 14 лет деятельности кабинет трансформировался в отделение медико-социальной помощи, которое на данном этапе представляет многопрофильное учреждение социальной педиатрии, где оказывается восемь видов специализированной медико-социальной, психологической и социально-правовой помощи, апробируются и успешно функционируют современные инновационные профилактические и лечебные технологии

Нормативно-правовой базой функционирования отделения медико-социальной помощи детям и подросткам в структуре педиатрического объединения округа Муром являются:

1. Приказ МЗ РФ № 218 от 8.07.02 г. «О составлении государственного реестра детей, находящихся в социально-опасном состоянии»;
2. Информационное письмо МЗ РФ № 2510/12064-02-32 от 2.12.02 г. « О совершенствовании деятельности органов и учреждений здравоохранения по предотвращению насилия в семье»;
3. Приказ МЗ РФ № 414 от 17.09.03 г. «О взаимодействии учреждений здравоохранения и органов внутренних дел в оказании медицинской помощи несовершеннолетним, доставленным в органы внутренних дел»;
4. Приказ МЗ РФ № 441 от 16.09.03 г. «Об утверждении учетной формы на беспризорного и безнадзорного несовершеннолетнего»;
5. Приказ №307 от 14.07.03 г. «О повышении качества лечебно-профилактической помощи безнадзорным и беспризорным несовершеннолетним»;
6. Постановление Губернатора Владимирской области № 51 от 27.01.06 г. «О составлении банка данных детей, находящихся в социально-опасном состоянии».
7. Статья 1 Федерального закона РФ № 124 от 24.07.98 г. «Об основных гарантиях прав ребенка в Российской Федерации»;
8. «Порядок взаимодействия органов и учреждений системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних в организации индивидуальной профилактической работы с несовершеннолетними и семьями, находящихся в социально-опасном положении» Департамент по социальной политике Администрации Владимирской области № КСП – 865-15-09 от 25.10.2007 г.



9. ФЗ № 323 от 21.11.2011 г. «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;
10. - Приказ 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)
11. «Комплексные меры по профилактике безнадзорности, беспризорности и правонарушений среди несовершеннолетних на территории округа Муром на 2013-2015 годы».
12. Указ Президента РФ № 761 «О национальной стратегии действий в интересах детей на 2012-2017 годы»

В строгом соответствии с нормативно-правовой базой регламентированы основные направления деятельности педиатра отделения медико-социальной помощи, а именно:

1. Медико-социальный патронаж в семье, выявление в них лиц, имеющих факторы социального риска и нуждающиеся в медико-социальной защите и поддержке;
2. Оказание медико-психологической помощи на основе индивидуального подхода с учетом особенностей личности и т.п.
3. Осуществление мероприятий по сохранению и укреплению репродуктивного здоровья девочек/девушек и мальчиков/юношей;
4. Гигиеническое, включая половое воспитание, обеспечение мероприятий по подготовке молодежи к предстоящей семейной жизни, ориентация на здоровую семью;
5. Индивидуальная, групповая и коллективная санпросветработа, пропаганда мер профилактики, направленных на формирование потребностей в здоровом образе жизни, профилактика саморазрушающих форм поведения для здоровья и развития (табакокурение, алкоголизм, наркомания и т.п.);
6. Оказание индивидуальной или опосредованной социально-правовой помощи детям и подросткам, семье по защите их прав и законных интересов в соответствии с действующим законодательством.

**Наименование структурно-функциональных подразделений медико-социальной службы:**

1. Педиатрический кабинет
2. Кабинет медицинской реабилитации
3. Физиотерапевтический кабинет
4. Кабинет психолога
5. Кабинет иглорефлексотерапии
6. Кабинет массажа
7. Кабинет приема юрисконсульта
8. Кабинет приема социального работника
9. Сенсорная комната

**Персонифицированные задачи МСО с учетом штатного расписания:**

1. Профилактика безнадзорности и беспризорности среди несовершеннолетних;
2. Профилактика жестокого обращения и правонарушений среди несовершеннолетних
3. Диагностика и лечение социально-значимой и хронической неинфекционной патологии среди детей и подростков, состоящих на медико-социальном учете в МСО;
4. Оказание специализированных видов медико-социальной помощи (социально-психологической, социально-правовой, лечебно-профилактической и т.п.)
5. Внедрение медико-социальных инновационных проектов, повышающих качество жизни и показатели физического и психического здоровья декретированных категорий населения

## **Организационно-методические аспекты работы педиатра медико-социального отделения**

С 2006 года, благодаря усилиям сотрудников медико-социальной службы в организацию работы учреждений и ведомств системы профилактики безнадзорности и беспризорности на территории округа Муром введено новое самостоятельное направление деятельности – медико-социальная реабилитация и абилитация в ЛПУ первичной медико-санитарной помощи педиатрического профиля.

Медико-социальная реабилитация - как комплекс мероприятий, направленный на восстановление физического и нервно-психического здоровья детей и подростков из социально-незащищенных и неблагополучных слоев населения с использованием средств и методов, гармонично сочетающих медицинские, психолого-педагогические и юридически-правовые подходы с учетом сложившихся социально-экономических и культурно-этнических особенностей на административной территории проживания данной категории населения;

Медико-социальная абилитация – как комплекс мероприятий, проводимый с целью предупреждения неблагоприятных последствий возникновения социально-значимых заболеваний и состояний, представляющих угрозу жизни и здоровью детей и подростков, которые можно спрогнозировать, учитывая выявленные факторы медико-социального риска.

В программу медико-социальной реабилитации и абилитации в структуре ГБУЗ ВО «Детская больница округа Муром» внедрена прогрессивная технология компьютерной каталогизации медико-социального учета декретированного детско-подросткового населения с дифференцировкой на категории - дети в социально-опасном положении (ДЕСОП) и группа детей и подростков категории «социального риска» в динамике:  
(таблица №1)

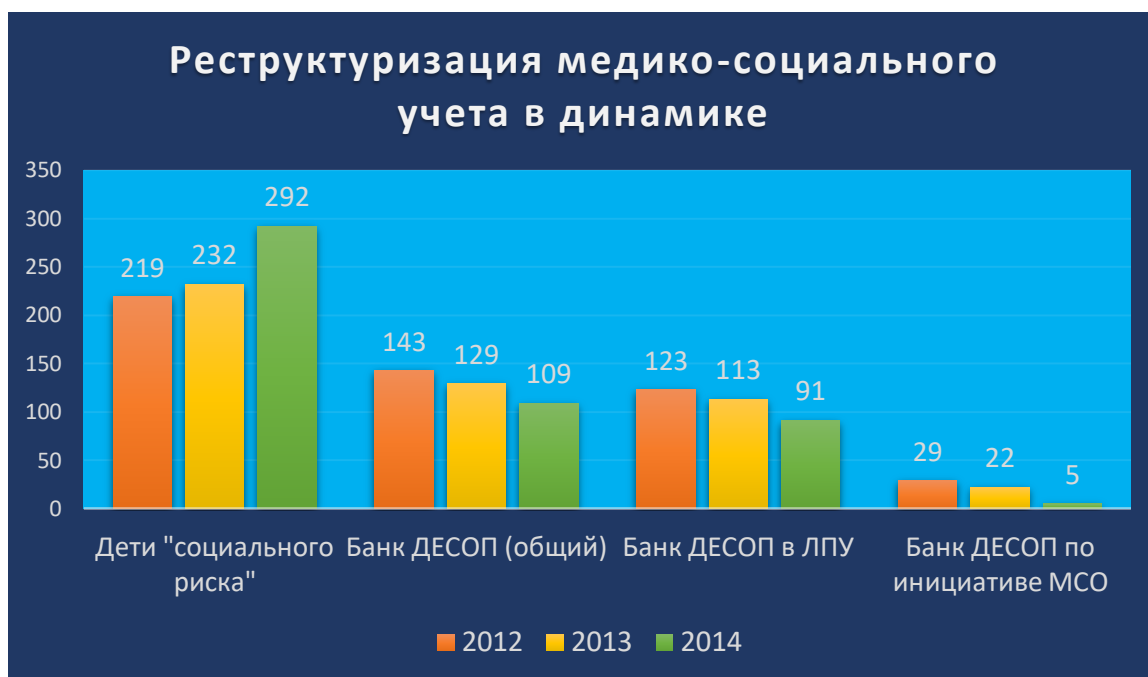
**Методологический анализ реструктуризации списков медико-социального учета на фоне  
прогрессирующей динамики**

**Таблица №1**

№	Категории медико-социального учета	2012 Детей (семей)	2013 Детей (семей)	2014 Детей (семей)
1.	Дети «социального риска»	219 (179)	239 (159)	292(197)
2.	Банк данных ДЕСОП (общий список)	143 (89)	129 (75)	109(58)
3	Банк данных ДЕСОП (по амбулаторно-поликлинической службе ГБУЗ ВО ДБом)	123 (76)	113 (65)	91 (50)
4	Банк данных ДЕСОП (по инициативе органов здравоохранения)	29	22	5 (3)

Из таблицы №1 и диаграммы №1 видно, что с 2012 по 2014 годы в результате проводимых медико-социальных мероприятий количество детей и семей, находящихся в социально-опасном состоянии прогрессивно уменьшается.

**Резюме:** В результате медико-социальных мероприятий, проводимых в 2014 году, сотрудниками МСО и ЛПУ ПМСП количество детей и подростков в социально-опасном состоянии по амбулаторно-поликлинической службе ГБУЗ ВО «Детская больница округа Муром» сократилось на 29% , в категории ДЕСОП , поставленные по инициативе органов здравоохранения объективно – на 78% , по общему списку ДЕСОП - на 15%



. Увеличение детей и подростков в категории «группа социального риска» связано с тем, что дети снятые с учета , как находившиеся в социально-опасном положении (ДЕСОП), в течении года патронируются с профилактической целью, как категория « медико-социального учета».

Корреляционная зависимость влияния факторов медико-социального риска с учетом каталогизации декретированного детского населения представлена в таблице №2 и на диаграмме №2.

Таблица №2

№	Факторы медико-социального риска	2012 год (Детей –362 )	2013 год (Детей – 368)	2014 год (детей -401)
1.	Социально-гигиеническая факторы	125	122	138
2.	Медико-демографическая факторы.	48	53	44
3.	Психо-социальная факторы	189	193	219



Из таблицы №2 и диаграммы №2 видно, что за период с 2012 по 2014 годы увеличилось преобладание количества детей, в семьях которых преобладают социально-гигиенические и психо-социальные факторы, что свидетельствует о низком уровне санитарно-гигиенической культуры и отсутствии мотивации ведения здорового образа жизни.



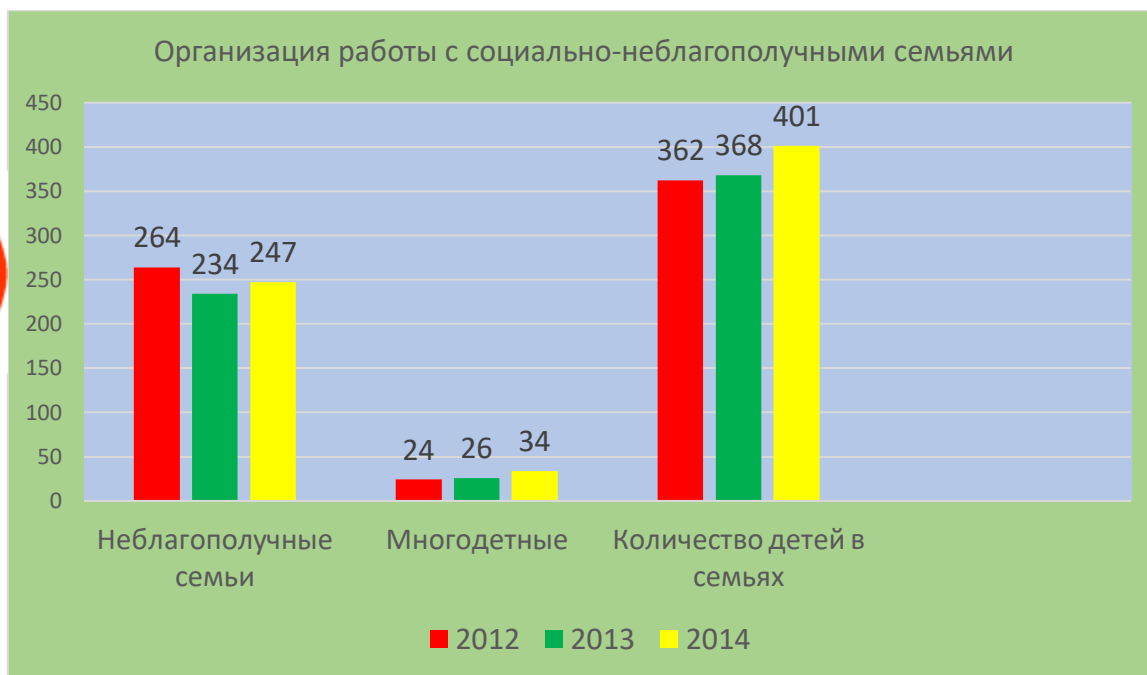
Работа медицинских работников с социально-неблагополучными семьями показана в таблице № 3 и на диаграмме №3

**Таблица №3**

Кол-во социально-неблагополучных семей,	2012	2013	2014
	Абс.Чис. Детей 362	Абс.Чис. Детей 368	Абс.Чис. Детей 401
<b>Всего, в том числе</b>	<b>264</b>	<b>234</b>	<b>247</b>
<b>3-х и более детей</b>	<b>24</b>	<b>26</b>	<b>34</b>

Работа по раннему выявлению детей и семей, находящихся в социально-опасном состоянии и межведомственное взаимодействие по данной проблеме, базируется на практической реализации концепции оказания медико-социальной помощи декретированному населению в структуре организаций и ведомств системы профилактики безнадзорности и беспризорности на территории округа Муром на основе 15 опыта работы Отделения медико-социальной помощи ГБУЗ ВО ДБом, разработанной и внедренной Доктором Абрамовичем Э.Е.

Из таблицы №4 видно, что в 2013-2014 годах количество детей, изъятых из социально-неблагополучных семей не увеличилось, что свидетельствует о положительной динамике реализации концепции по усилению авторитарной составляющей медико-социального процесса в ЛПУ первичной медико-санитарной помощи педиатрического профиля, разработанной доктором Абрамовичем Э.Е. в 2007 году.



**Пояснение к таблице №3** Методологическое понятие «неблагополучная семья» объединяет, как семей из категории «социального риска» - всего в 2013 году - 239, так и семьи банка «ДЕСОП» - всего 129. В конце 2014 года - 109 в банке ДЕСОП и 292 детей в категории «группа социального риска». В 2014 году общее количество социально-неблагополучных семей и детей, находящихся в социально-опасном состоянии уменьшилось на 15%. Таким образом, увеличение количества неблагополучных семей происходит за счет оптимизации процесса медико-социальной абилитации (профилактическое направление деятельности) в категории «социального риска» и логическое уменьшение детей в категории «социально-опасное состояние - ДЕСОП) за счет повышения качества медико-социальной реабилитации. Все дети, снятые из банка ДЕСОП в течении определенного времени наблюдаются, как категория «социального риска». Это позволяет персонализировать оказание специализированных видов медико-социальной помощи и повысить качество проводимых мероприятий. Этим вызвано увеличение общего числа детей и подростков по сравнению в группе «социального риска» с 2014 по сравнению с 2013 годом (239 до 292).

В таблице №4 показан сравнительный анализ показателей изъятия детей из семьи в динамике с 2012 по 2014 год . .

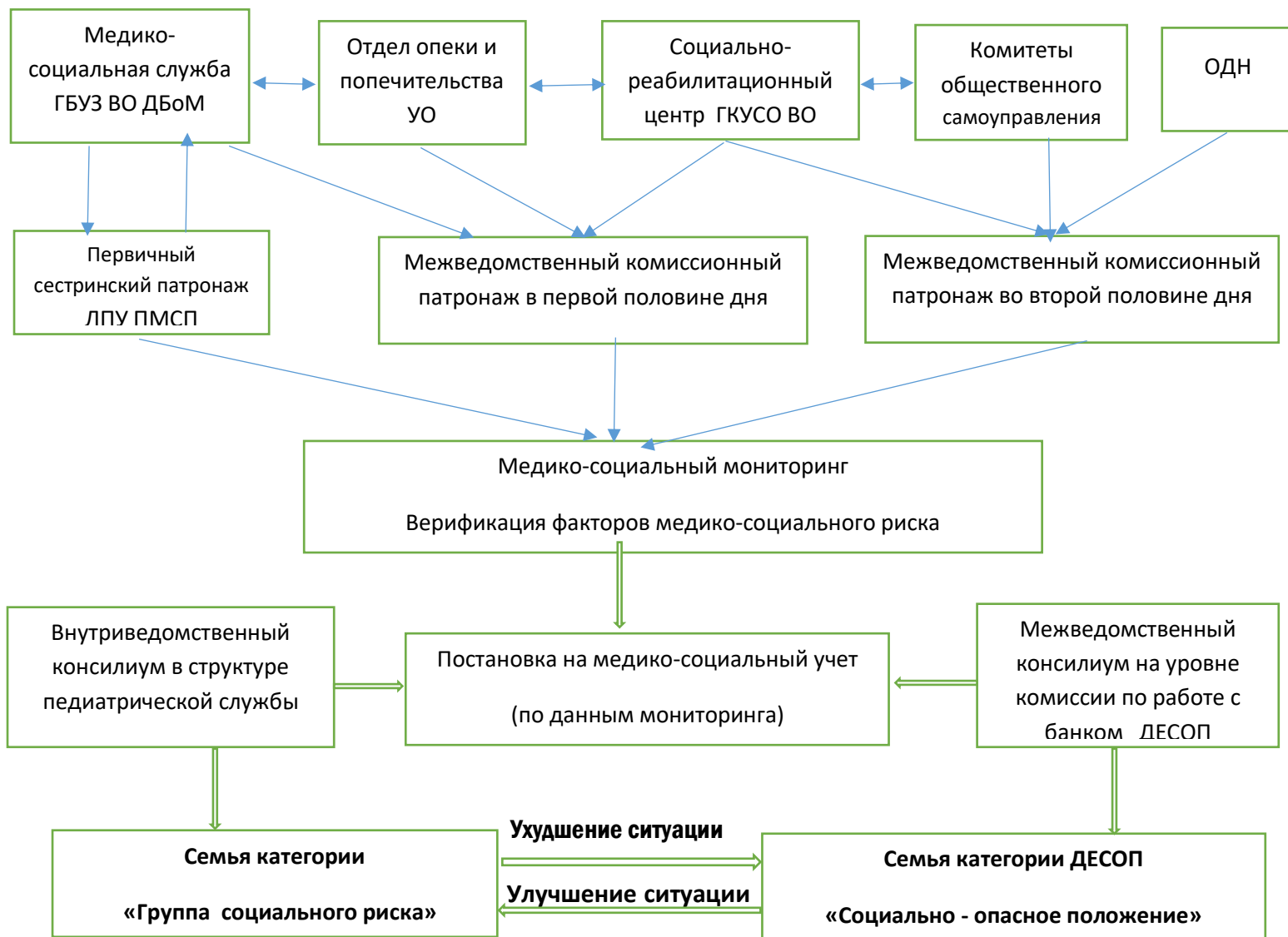
Таблица 4

Количество детей, изъятых из семей	2012		2013		2014	
	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%
Всего, в том числе	8	3	12	5,4	12	4,9
По причине отказа родителей	2	0,8	5	2,2	7	2,8
По инициативе органов опеки и попечительства	3	1,1	5	2,2	5	2,1
По инициативе медицинских работников в связи с угрозой жизни и здоровья	3	1,1	2	0,8	-	-



В соответствии Указом Президента РФ № 761 « О национальной стратегии действий в интересах детей на 2012-2017 годы» сотрудниками медико-социальной службы была разработана и практически внедрена последовательность раннего выявления социального неблагополучия, негативно отражающегося на показателях физического и психического здоровья детей, а подчас и представляющего угрозу жизни ребенка.

**1 ЭТАП. Организационно-методический алгоритм оказания медико-социальной помощи в рамках межведомственного взаимодействия на этапе раннего выявления социального неблагополучия с последующей дифференцировкой на категории медико-социального учета. (Блок-схема№1)**



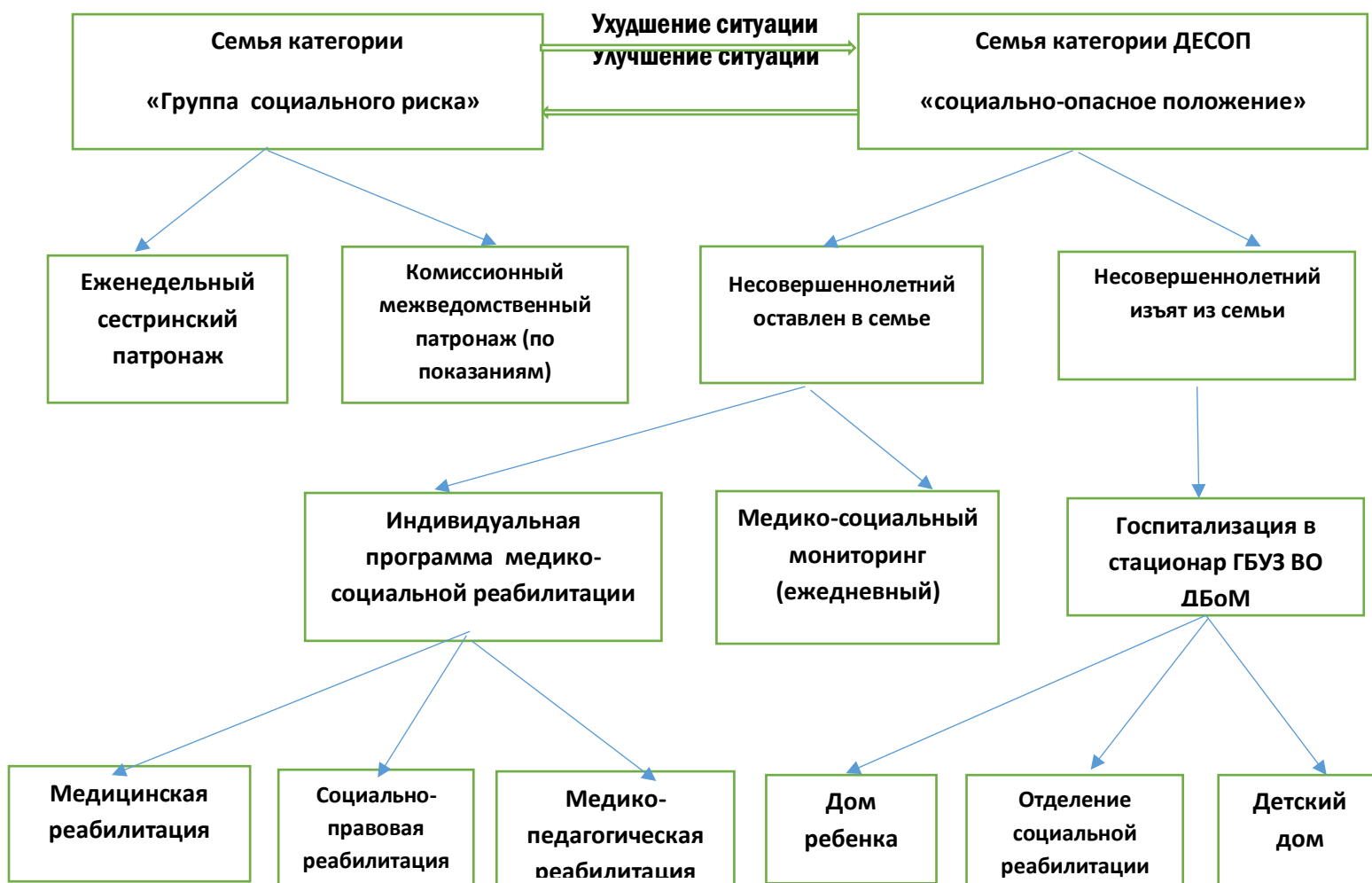
Структура медико-социальное патронирования представлена в таблице №5

Таблица №5

№	Структура медико-социального патроната	2012 год	2013 год	2014 год
1.	Медсестринский патронаж (детские поликлиники о.Муром)	813	833	866
2.	Комиссионный патронаж(МСО, отдел опеки УО)	786	890	900

Из таблицы № 5 видно, что в 2012 - 2014 годах количество первичных сестринских и межведомственных патронажей оставалось стабильно высоким и эффективным. В практику патронажной работы внедрена технология «экстренных выездов» в проблемные семьи и технология пролонгированной компьютерной каталогизации истории выездов с динамической оценкой медико-социального катамнеза. Таким образом количество выездов в декретированные семьи с целью раннего выявления социально-опасного положения в 2014 году объективно увеличилось на 47%.

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



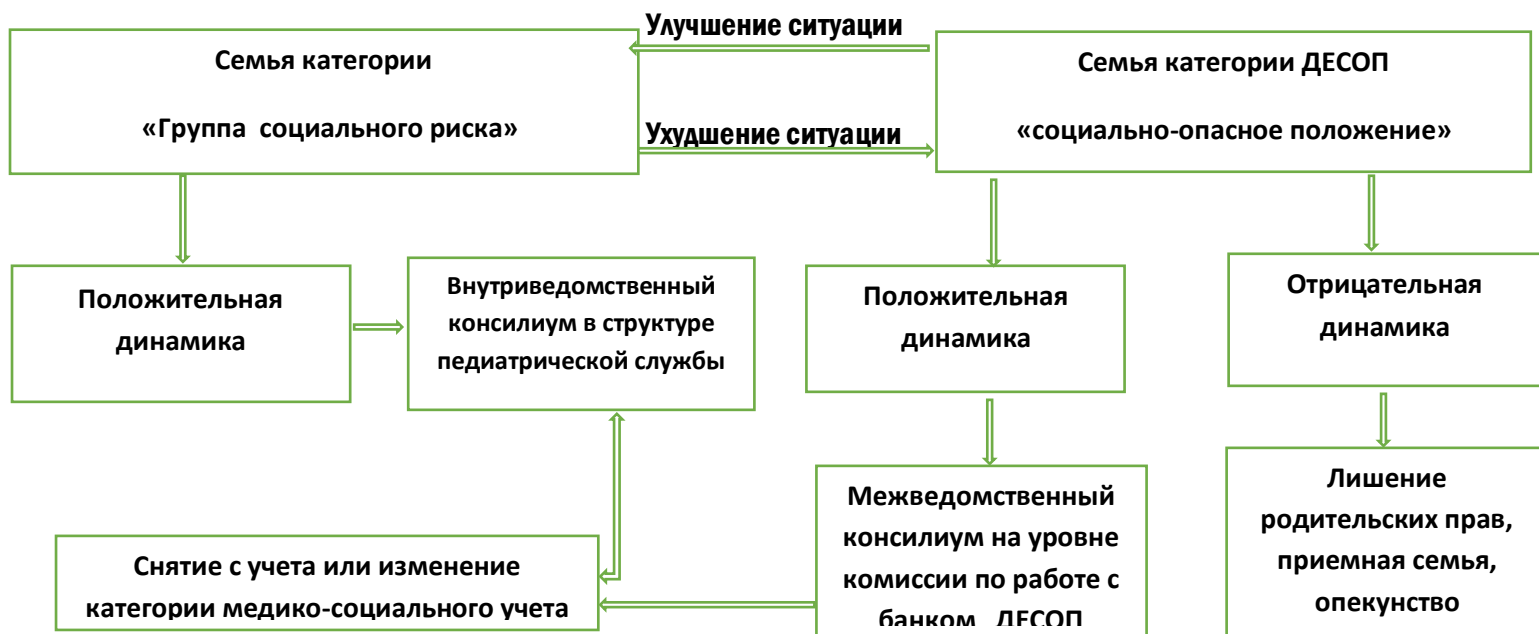
Организация работы «телефона доверия» отделения медико-социальной помощи является эффективным инструментом раннего выявления социального неблагополучия. Для оперативного решения медико-социальных вопросов и оказания специализированных видов медико-социальной помощи (психологической, социально-правовой, педиатрической) Номер телефона – 3-29-57. Таблица №6

Виды медико-социальной помощи	2012 год	2013 год	2014 год
Психологическая	154	160	199
Социально-правовая	59	77	86
Педиатрическая	202	222	236



Из таблицы №6 видно, что за период с 2012 по 2014 год 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 (ДЕСОП).

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



**Резюме:** Взаимодействие по проблеме раннего выявления семей и детей, находящихся в социально-опасном состоянии осуществляется:

- 1) Организация и проведения комиссионных межведомственных патронажей;
- 2) Организация и проведение Межведомственных консилиумов по работе с банком ДЕСОП на базе Социально-реабилитационного Центра для несовершеннолетних;
- 3) Реализация индивидуальных программ медико-социальной реабилитации после выявления и постановки на учет в ДЕСОП
- 4) Обмен медико-социальной информацией с использованием возможностей телефонных и интерактивных систем связи.

В рамках организационно-методического сопровождения медико-социального процесса сотрудниками медико-социальной службы за отчетный период разработаны и внедрены (приложение):

- 1) Алгоритм взаимодействия ЛПУ ПМСП педиатрического профиля и отделения медико-социальной помощи; (Блок-схема №1)
- 2) Алгоритм оказания педиатрической помощи в структуре медико-социального отделения; (Блок-схема №2)
- 3) Алгоритм обращения за медико-социальной помощью при фактах жестокого обращения с несовершеннолетними (блок-схема №3)
- 4) Схема верификация комиссионного межведомственного медико-социального патронажа

- 5) Унифицированная карта первичного сестринского патронажа социально-неблагополучной семьи;  
6) Экстренное извещение о жестоком обращении в отношении несовершеннолетних

### Медико-социальная реабилитация

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 с 1 января 2013 года открылся кабинет медицинской реабилитации, который явился 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 этапа медицинской реабилитации на базе структурно-функциональных подразделений отделения медико-социальной помощи.(Блок-схема № 5).

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. Положения доказательной медицины:

- 1.Эффективность; 2.Безопасность; 3. Экономическая рентабельность  
4.Социально-правовая легитимность 5. Образовательные аспекты

Перечень нозологических форм и синдромов, с которыми обращались дети и подростки в кабинет медицинской реабилитации, представлен в таблице №6.

№ п\п		2013 год		2014 год	
		Запланировано	Реабилитация	Запланировано	Реабилитация
1.	Сомато-вегетативные или вегетативно-висцеральные нарушения (синдром ВСД, ожирение и др.)	78	48 (62%)	22	20 (91%)
2.	Соматогенные нарушения (Группа ЧДБ, бронхообструктивные синдромы и др.)	26	23 (88%)	13	13 (100%)
3.	Нарушения ЦНС резидуально-органического и приобретенного генеза (энурез, логоневроз, ЗРР и др.)	16	16 (100%)	48	48(100%)
4.	Социально-значимая патология(табакизм)	9	3 (33%)	12	7 (58%)

Критерий Стьюдента для трех уровней значимости альфа в 2013-2014 годах составил  $p > 0,01$ , что сопоставимо с точки зрения эффективности работы с

показателями Клиники Восстановительной медицины при РНЦЗ детей РАМН РФ в 2013 году. Технологии медицинской реабилитации в МСО показаны в таблице №7

Таблица №7

№ П/п	Технологии медицинской реабилитации	2012	2013	2014
1.	Физиотерапевтический к-т	5997	3702	3785
2.	Кабинет иглорефлексотерапии	1579	1368	1298
3.	Кабинет массажа	1589	970	956
	ИТОГО	9165	6040	6039

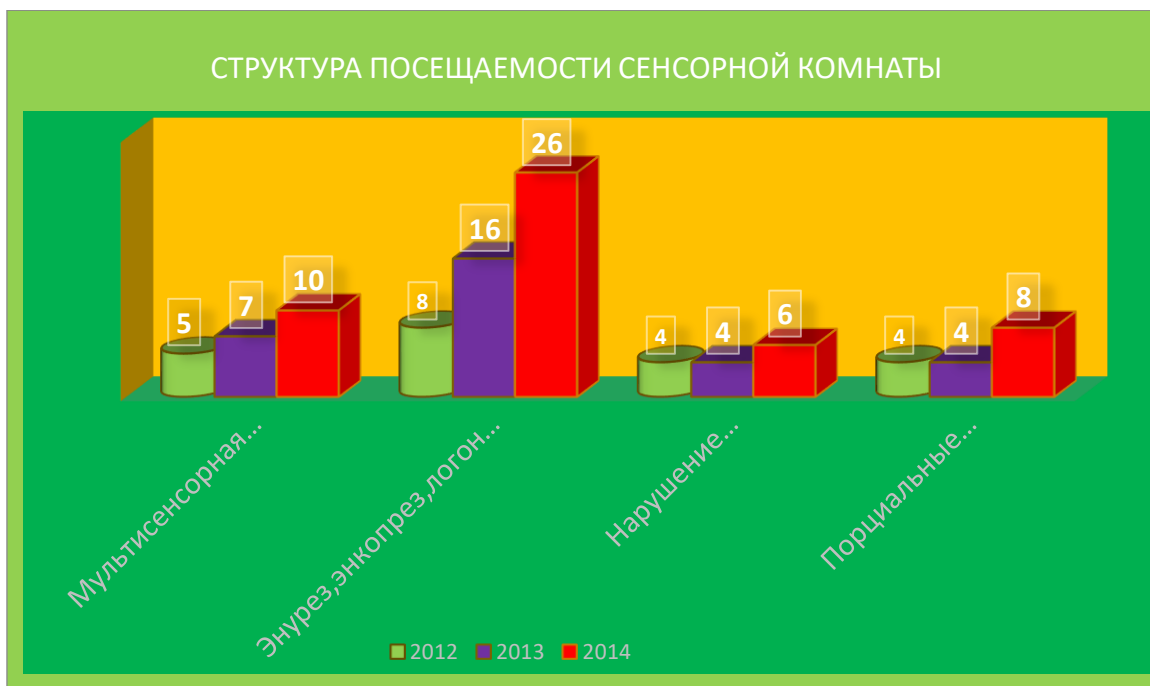
Из таблицы №7 видно , что в 2014 году несколько уменьшилось количество пациентов, что связано с изменением штатного расписания медико-социальной службы по сравнению с 2012 годом. Но качество оказываемых медицинских услуг по-прежнему оставалось стабильно высоким и базировалось на достоверных принципах доказательной медицины.

В структуре медико-социального отделения 1 сентября 2011 года открылась 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 «Детская больница округа Муром» ( см. приложение).

Спектр медико-социальных проблем, с которыми обращались дети и подростки из социально-незащищенных слоев населения за период функционирования сенсорной комнаты представлены в таблице № 8 и диаграмме №4

Таблица №8

№ п/п	Медико-социальная проблемология	2012	2013	2014
1.	Мультисенсорная недостаточность	5	7	10
2.	Энурез, энкопрез, Логоневроз и т.п.		16	26
3.	Нарушение социальной адаптации в ДОУ	4	4	6
4.	Порциальные задержки развития	4	4	8



**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 №9

№	Количество безнадзорных, беспризорных, помещенных в учреждения здравоохранения по социальным показаниям	2012 год Всего 60	2013 год Всего 65	2014 Всего 60
1.	Сотрудники органов УВД	3	6	4
2.	Управление соц. защиты	51	53	52
3.	Учреждения здравоохранения	6	6	4
4.	Обратились самостоятельно	-	-	-

Из таблицы №9 видно, что в 2014 году стабилизировалась тенденция к уменьшению числа госпитализированных детей из группы «социального риска» и банка ДЕСОП. Это подчеркивает повышение качества профилактических медико-социальных мероприятий, проводимых сотрудниками первичного звена амбулаторно-поликлинической и медико-социальной службы ГБУЗ ВО «Детская больница округа Муром». Длительность пребывания детей и подростков в социально-опасном состоянии в стационарном учреждении здравоохранения в 2014 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 2014 году».

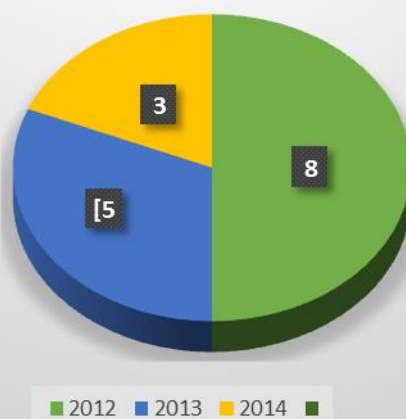


На базе медико-социальной службы организовано мониторинг в динамике, отражающее состояние проблемологии поступления декретированного контингента в состоянии психоактивного опьянения в стационар ГБУЗ ВО ДБОМ. (Таблица №10 и диаграмма №5).

Таблица №10

Медико-социальный мониторинг	2012	2013	2014
Отравление ПАВ	8	5	3

### Мониторинг поступлений в приемный покой в состоянии психоактивного опьянения



Информация поступила из отделения реанимации и зафиксирована в Журнал приема телефонограмм. Из таблицы № 10 видно уменьшение количества детей, поступивших в приемный покой стационара за период с 2012 по 2014 годы.

### Медико-социальная реабилитация

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

- 1) выпущено 6 санитарных бюллетеней. Тематика: «Профилактика раннего алкоголизма», «Нет наркотикам», «Профилактика и лечение табачной зависимости», «Профилактика ЗППП», «Профилактика кожных заболеваний», «Здоровая семья – здоровая страна», «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 в школьном возрасте.

(образец выведен в приложение)

Функционировал видеолекторий с показом фильмов медико-социальной направленности. Всего прочитано 92 лекции.

## Научная организация труда

За период с 2012 по 2014 год в рамках научной организации труда в кабинете восстановительной медицины внедрены следующие методики:

- 
1. Методика модальной афферентации в реабилитации подростков с табачной зависимостью;
  2. ОННУРИ терапия в реабилитации детей и подростков с вегетативно-висцеральной дисфункцией
  3. Технология восстановительного лечения у детей с парциальными задержками становления интегративных функций ЦНС (мудьтисенсорная недостаточность);
  4. Компьютерная технология «РУНО» в структуре медико-социальной службы педиатрического объединения округа Муром;
  5. Клиническая оценка применения технологии ОННУРИ СУ ДЖОК в комплексном лечении часто болеющих детей;
  6. Технология СУ ДЖОК ОННУРИ и ЧЖЕНЬ-ЦЗЮ терапии в реабилитации детей и подростков с социально-значимой патологией (ночное недержание мочи, дневное недержание мочи, нейрогенная дисфункция мочевого пузыря)

Оказание социально-правовой помощи декретированному населению представлено в таблице № 11.

Таблица №11

Виды социально-правовой помощи	2012 год	2013 год	2014 год
Оказание юридически-правовой помощи на выездах	556	523	523
Защита интересов детей и подростков в суде	1	7	7
Медико-социальный патронаж населения	686	890	900
Гуманитарная помощь	25		
Распространение памяток - вопросников	300	300	500
Санитарно-просветительная работа (лекции)	10	8	8
Организовано активных посещений по тревожным сигналам	464	476	478

Оказание медико-психологической помощи представлено в таблицу №12.

№ п/п	Медико-психологическая помощь	2012год (пациенты / посещения)	2013год (пациенты / посещения)	2014 год (пациенты / посещения)
1.	Психодиагностика	483 (654)	501(687)	549 (712)
2.	Психокоррекция	487 (622)	501(702)	532(688)
3.	Психотренинги	Сенсорная комната - 14(161)	Сенсорная комната 31(200)	Сенсорная комната 50 (380)
4.	Профилактические осмотры	2055	2056	2546
	итого:	2055	3124 (3609)	3677 (4326)

В структуре медико-психологической помощи преобладали в 2014 году:

Дети с задержкой психологического и речевого развития - 57%

Дети с отклонениями в эмоционально-личностном развитии и социальной дезадаптацией - 36%

Дети с психосоматическими нарушениями - 5,7%

Дети с мультисенсорной недостаточностью - 1,3%

Из таблицы № 12 в 2014 году число обращений за медико-психологической помощью увеличилось на 12%.

**Заключение:** Многолетний опыт функционирования медико-социального отделения, как учреждения социальной педиатрии в структуре педиатрического объединения на территории Субъекта Российской Федерации, позволяет констатировать практическую возможность реализации мероприятий медицинской и социальной направленности, способствующих снижению заболеваемости и смертности детей. профилактику различных форм задержки становления интегративных функций ЦНС, девиантных форм поведения в детском и подростковом возрасте, улучшению показателей физического и психического здоровья в социально-незащищенных категориях населения. Данное направление деятельности требует дальнейшего развития и широкой популяризации в рамках государственных программ развития педиатрической службы на территории РФ



**МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ  
СЛУЖБА ГБУЗ ВО  
"Детская больница  
округа Муром"**

## Приложение

### Алгоритм оказания помощи при жестоком обращении с несовершеннолетним (образец)

#### Блок-схема №3



### Верификация комиссионного межведомственного медико-социального патронажа

Дата

проведения: \_\_\_\_\_

Адреса проведения: \_\_\_\_\_

Участники патронажа : \_\_\_\_\_

Медико-социальная проблемология: \_\_\_\_\_

Медико-социальная реабилитация \_\_\_\_\_

Медико-социальная абилитация \_\_\_\_\_

Медико-социальный катамнез \_\_\_\_\_

Подписи:

Медико-социальное отделение ( МСО)

**Экстренное извещение**

**о жестоком обращении в отношении несовершеннолетних**

**Ф.И.О.** \_\_\_\_\_

**Возраст** \_\_\_\_\_

**Место жительства** \_\_\_\_\_

**Социальный статус:** посещает ДДУ, посещает школу, неорганизованный

**Категория учета:** группа « социального риска», « Социально-опасное состояние ДЕСОП», социально-благополучная семья ( выявлено впервые)

**Медико-социальный анамнез:** \_\_\_\_\_

**Верификация жестокого обращения:** физическое насилие, психо-социальная депривация , психо-физическая депривация, другое.

**Период выявления:** \_\_\_\_\_

**Кто выявил:** Учреждение здравоохранения, Органы социальной защиты,  
Управление образования, УВД, другое.

**Принятые меры:** Госпитализация в стационар, медико-психологическое  
обследование, социально-правовая помощь, другое

**Медико-социальный катамнез:** \_\_\_\_\_

**Схема № 2**

**Верификации первичного медико-социального патронажа на амбулаторно-поликлиническом участке**

**1.Жалобы на состояние здоровья, психологический, социальный или психофизический дискомфорт;**

**2.Объективные признаки дезадаптация: перечисление факторов медико-социального риска (социально-гигиенические, а медико-демографические, психосоциальные), срок действия фактора, характеристика негативного влияния**

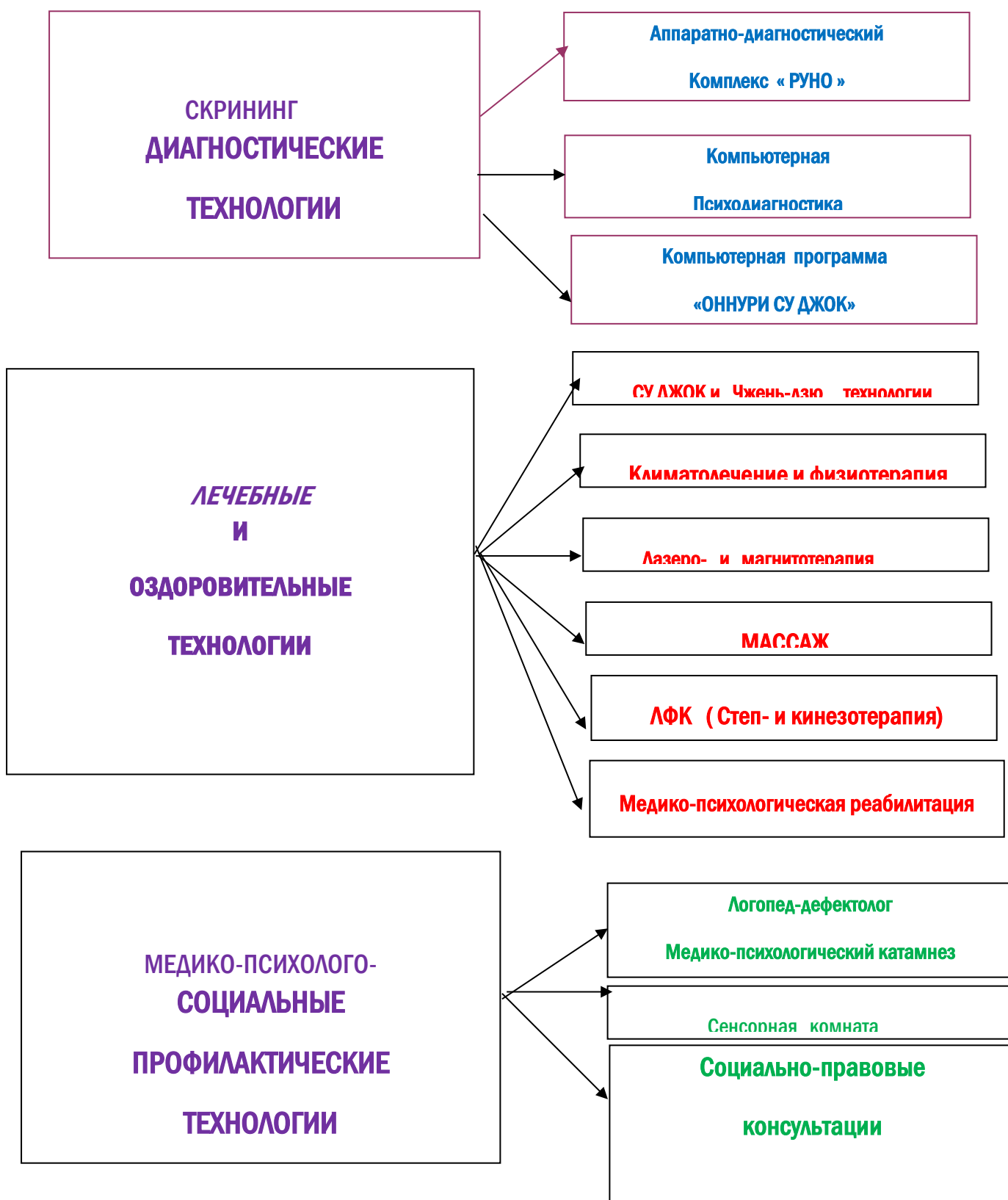
действия факторов на показатели физического, психомоторного, психоречевого развития и т.п.

3.Верификация признаков безнадзорности и беспризорности, жестокого обращения с несовершеннолетними и т.п.

4. Выполнение назначений медицинских работников, эффективность, динамика.

5. Заключение: принятие меры (с учетом имеющихся возможностей и в рамках компетенции).

Концепция работы Центра медицинской реабилитации  
в структуре МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОГО ОТДЕЛЕНИЯ ГБУЗ ВО «Детская больница округа МУРОМ»





## Система контроля качества оказания медицинской помощи по медицинской реабилитации

### 1. Соблюдение основных положений доказательной медицины:

- Эффективность
  - Безопасность
  - Экономическая рентабельность
  - Социально-правовая легитимность  
(стандарты оказания максимально адекватных медицинских услуг)
- Образовательные аспекты

### 2. Организация медико-социального катамнеза за результатами проводимых мероприятий ( ежеквартально)

### 3. Вычисление достоверно эффективных критериев оказания качества медицинской реабилитации ( биометрические показатели):

- Критерий Стьюдента для трех уровней значимости альфа;
- Доверительные интервалы;
- Среднее арифметические показатели и ошибка средней арифметической и т.п



### Лист медико-социальной реабилитации №

Ф.И.О. \_\_\_\_\_  
 Возраст \_\_\_\_\_ Адрес \_\_\_\_\_ № СМТТ \_\_\_\_\_

Диагноз \_\_\_\_\_ Ф.И.О. врача, направившего больного \_\_\_\_\_

Жалобы \_\_\_\_\_

Номер п/п	Восстановительное лечение [ технологии]	Период реабилитации	Количество посещений	Медико-социальный катамнез [ по месяцам]		Подпись
1	<b>КАН-ДА-ДЗЯ</b> (Вибромассажный прибор)			1	3	
				6	12	
2	<b>САМОЗДРАВ</b> (Дыхательный тренажер)			1	3	
				6	12	
3.	<b>ТТТТ -1</b> (Аппарат термоакупунктуры)			1	3	
				6	12	

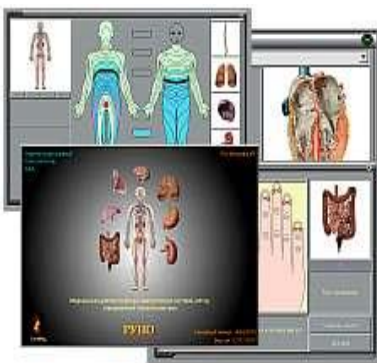
4.	<b>ЛУЧ-1</b> (Аппарат электропунктуры)					1	3	
						6	12	
5.	<b>ИГ ЛОРЕФЛЕКСОТЕРАПИЯ</b> (Цжень - , Су джок)					1	3	
						6	12	
6.	<b>АРОМАТЕРАПИЯ</b> (Ароматические масла)					1	3	
						6	12	
7.	<b>МАССАЖ</b> (классический, точечный)					1	3	
						6	12	
8.	<b>МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ</b> <b>РЕАБИЛИТАЦИЯ</b>					1	3	
						6	12	
9.	<b>СОЦИАЛЬНО-ТРАВОВАЯ</b> <b>ПОМОЩЬ</b>					1	3	
						6	12	

### МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ТЕРАПИЯ:

#### Медико-социальный катамнез \*

Номер п/п	Контроль эффективности реабилитации	Дата посещения	Субъективные жалобы	Вегетативный статус	Повторная реабилитация	Примечание
1.	1 месяц					
2.	3 месяца					
3.	6 месяцев					
4.	12 месяцев					

\*Сравнительная достоверность эффективности лечения проводится после математической обработки полученных результатов посредством вычисления **t-критерия Стьюдента** для трех уровней значимости альфа и чисел степеней свободы (**R**).





## **Модель медико-психологической помощи в структуре отделения медико-социальной помощи ГБУЗ ВО «Детская больница округа Муром»**

**Первичный скрининг: ЛПУ ПМСП педиатрического профиля**

**Медико-психологическое обследование**

**Кабинет  
медицинского**

**ТЕЛЕФОН  
ДОВЕРИЯ**

**КАБИНЕТ  
Медицинской**

**Сенсорная комната**

**КАБИНЕТ  
Су джок и Чжень-  
цзю**

