

Министерство здравоохранения Тульской области
Государственное учреждение здравоохранения Тульской области
«Центр детской психоневрологии»



ОРГАНИЗАЦИЯ СИСТЕМЫ РАННЕГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ТУЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ

(Методические рекомендации)



ТУЛА, 2014

Министерство здравоохранения Тульской области
Государственное учреждение здравоохранения Тульской области
«Центр детской психоневрологии»

**ОРГАНИЗАЦИЯ СИСТЕМЫ
РАННЕГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА
В ТУЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ**

(Методические рекомендации)

Тула, 2014

Учреждение-разработчик и исполнитель — Государственное учреждение здравоохранения Тульской области «Центр детской психоневрологии»

Авторский коллектив: Жеребцова В.А., Кузина Т.И., Медведева О.В., Филиппова Е.В., Шилина С.А., Симонова Е.Н., Корнилова И.Ю.

Учреждения здравоохранения системы раннего вмешательства – ГУЗ «Тульская детская областная клиническая больница», ГУЗ «Тульский областной перинатальный центр», отделения патологии новорожденных, отделения недоношенных, ГУЗ ТО «Центр детской психоневрологии», отделения (кабинеты) восстановительного лечения в составе лечебно-профилактических учреждений Тулы и Тульской области

Методические рекомендации «Организация системы раннего вмешательства в Тульской области» содержат информацию об этапах, уровнях, формах и основных принципах оказания комплексной реабилитационной помощи детям раннего возраста. Определены основные направления деятельности медицинских организаций на всех уровнях оказания медицинской помощи.

Настоящие методические рекомендации подготовлены с целью оказания организационно-методической помощи лечебно-профилактическим учреждениям Тульской области в рамках реализации статьи 37 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», приказов Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 09.03.2007 г. №156 «О порядке организации медицинской помощи по восстановительной медицине» и от 16.04.2012 г. №366н «Об утверждении порядка оказания педиатрической помощи».

Настоящие рекомендации разработаны в соответствии с приказом министерства здравоохранения РФ от 29.12.2012 г. № 1705н «О порядке организации медицинской реабилитации», приказом министерства здравоохранения Тульской области № 1193-осн от 08.09.2014 г. «Об организации комплексной медицинской реабилитации детей Тульской области», на основе информационных материалов Союза педиатров России и ФГБУ «Научный центр здоровья детей» РАМН, опубликованных в руководстве «Разноуровневая система оказания комплексной реабилитационной помощи детям с хронической патологией и детям-инвалидам» (Москва, 2012), с учетом опыта специалистов других областей и регионов (Курской, Свердловской, Ивановской, Омской обл.) и одобрены на врачебной конференции ГУЗ ТО «Тульская областная детская психоневрологическая больница» (протокол совещания № 26 от 18.09.2012).

Методические рекомендации предназначены для организаторов здравоохранения, педиатров, неонатологов, неврологов, реабилитологов, специалистов социально-психологического профиля (логопедов, дефектологов, психологов, социальных педагогов и др.).

Введение.

Необходимость развития системы раннего вмешательства назрела давно и очевидно. Это обусловлено прогрессирующим ростом перинатальной патологии, связанной, прежде всего, с пролонгированием патологической беременности, экстракорпоральным оплодотворением и выхаживанием новорожденных с низкой и экстремально-низкой массой тела. Кроме того, актуальность проблемы связана с ведущей ролью перинатальной патологии в формировании детской инвалидности, влиянием на последующее нервно-психическое и соматическое развитие детей.

Так, по статистическим данным ФГБУ «Научный центр здоровья детей» РАМН (Москва): ежегодно до 40% детей рождаются больными или заболевают в период новорожденности, до 10% рождаются недоношенными и с низкой массой тела. Среди детей первого года жизни отмечается рост болезней нервной системы, психических расстройств, болезней глаза и придаточного аппарата и врожденных аномалий. В отчете коллегии Министерства здравоохранения РФ отмечается рост заболеваемости детей в возрасте 0-14 лет с врожденными аномалиями и хромосомными нарушениями на 23,1%, с болезнями нервной системы – на 14,0%.

По состоянию на 1 января 2014 года в Тульской области насчитывалось 4438 детей-инвалидов, из них получивших инвалидность впервые – 494 человека. Среди первично освидетельствованных преобладают в возрастном аспекте – дети от 0 до 4 лет (16,5%), в структуре нозологических форм – болезни нервной системы и органов чувств – 1385 (31,2%), врожденные аномалии (пороки развития, деформации и хромосомные нарушения) (1049 – 23,6%), психические расстройства (921 – 20,8%).

Первые шаги для исправления сложившейся ситуации на государственном уровне уже сделаны - так, в статье 37 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» введено понятие «медицинской реабилитации», дано ее определение, задачи, условия оказания и источники финансирования. Кроме того, развиваются перинатальные центры, действуют программы аудиологического скрининга, скрининга новорожденных на врожденные заболевания по различным нозологиям, введен новый стандарт диспансерного наблюдения ребенка в течение первого года жизни, реализуются программы поддержки детей в трудной жизненной ситуации.

Ранняя помощь детям во всем мире является одной из приоритетных областей деятельности здравоохранения, образования, социальной защиты. Успехи, достигнутые на этом пути, способствовали тому, что во многих странах направление деятельности, получившее название «раннее вмешательство», приобрело характер крупного социального проекта. Весьма ценным является опыт специалистов Швеции и США, где отработана и показала свою эффективность модель раннего вмешательства. Их наработки в свое время позволили создать подобные службы и в нашей стране.

В странах СНГ накоплен немалый опыт по развитию ранней помощи детям, так в Республике Беларусь для реализации национальной программы демографической безопасности совместно с ЮНИСЕФ создан Ресурсный

центр раннего вмешательства (2002 г.); в Республике Казахстан, г. Астана в 2007 г. - АО «Национальный научный центр материнства и детства».

«Пионерами» в области раннего вмешательства в Российской Федерации являются: Институт раннего вмешательства (г. Санкт-Петербург, 1998 г.); Центр коррекции развития детей раннего возраста в составе НИИ педиатрии и детской хирургии (г. Москва, 1998 г.); Отделение восстановительного лечения для детей раннего возраста с последствиями перинатальной патологии при ФГБУ «Научный центр здоровья детей» РАМН (г. Москва, 2008 г.).

Кроме того, идеи раннего вмешательства получили распространение и в других регионах Российской Федерации:

в Свердловской области на базе НПЦ «Бонум» (1986 г.) открыты три центра: областной центр ретинопатии недоношенных (2002 г.), областной центр превентивных технологий в педиатрии (2006 г.) и областной детский центр перинатальной неврологии (2009 г.);

в Ивановской области в 2005 г. открыто психоневрологическое отделение восстановительного лечения детей с перинатальными поражениями ЦНС и их последствиями при Ивановском научно-исследовательском институте материнства и детства им. В.Н.Городкова;

в Омской области с 2007 г. работает центр восстановительной медицины и реабилитации для детей;

в Курской области в 2012 г. создана программа Губернатора области «Мир равных возможностей», направленная на развитие службы раннего вмешательства.

Принципы раннего вмешательства в Тульской области были впервые заложены с созданием в 1994 г. ГУЗ ТО «Научно-практический центр клинической нейрофизиологии и нейрореабилитации». В дальнейшем путем этапной реорганизации переименован в ГУЗ ТО «Центр детской психоневрологии», в структуре которого с 2012 г. функционирует Центр раннего вмешательства.

С 2006 г. в Тульской области в рамках реализации национального проекта «Здоровье» ведется скрининг новорожденных на врожденные заболевания по пяти нозологиям (фенилкетонурия, гипотиреоз, муковисцидоз, аденогенитальный синдром и галактоземия), с 2008 г. - аудиологический скрининг новорожденных. В соответствии с приказом Минздравсоцразвития России от 02.10.2009 № 808н «Об утверждении Порядка оказания акушерско-гинекологической помощи» трехкратно проводится скрининговое ультразвуковое исследование плода: при сроках беременности 11-14 недель, 20-22 недели и 32-34 недели. При сроке беременности 11-14 недель исследуется кровь беременных женщин на определение уровней сывороточных маркеров: плазменного альбумина, ассоциированного с беременностью, и свободной бета-единицы хорионического гонадотропина человеческого.

Таким образом, в каждом регионе имеется свой опыт междисциплинарного и межведомственного взаимодействия по раннему выявлению нарушений развития и медицинской реабилитации, но отсутствует единый методический подход, единая система раннего вмешательства.

Тем не менее, основы системы раннего вмешательства уже заложены, получили широкое распространение и приносят положительные результаты.

Основные понятия и принципы раннего вмешательства

Система раннего вмешательства – функциональная структура междисциплинарного и внутриведомственного взаимодействия учреждений здравоохранения, которая представляет собой комплекс мероприятий, направленных на раннее выявление, компенсацию или восстановление нарушенных функций органов и систем, профилактику рецидивов заболевания, их осложнений, а так же развитие навыков самообслуживания в соответствии с возрастом, социальную интеграцию ребенка в обществе.

Общезвестно, что наибольший эффект реабилитационной помощи достигается при соблюдении следующих *основных принципов раннего вмешательства*:

- своевременные *ранняя диагностика* состояния здоровья ребенка, медицинская реабилитация;
- реабилитация ребенка на каждом этапе должна носить *комплексный характер*, включая развивающие и сопроводительные технологии, в том числе развивающий уход и др.;
- *индивидуальный* подход, как в программе реабилитации, так и в применении средств, учитывающих особенности развития ребенка и своеобразии патологических и функциональных изменений;
- процесс реабилитации должен осуществляться *непрерывно*, пока не будет получено максимально возможное восстановление здоровья ребенка и достигнута конечная цель реабилитации – возвращение ребёнка к обычным для него условиям жизни, а при наличии остаточных изменений – адаптация к новым условиям жизнедеятельности;
- соблюдение *этапности и преемственности* между учреждениями здравоохранения.

Все формы реабилитации - психологическая, социальная, проводятся наряду с медицинской и в прямой связи с ней, тем самым расширяя само понятие *комплексной реабилитации*.

Целевые группы (возраст от 0 до 3 лет):

- дети, входящие в группу *физиологического риска* (недоношенные и маловесные дети, перенесшие асфиксию в родах, находившиеся в отделениях интенсивной терапии и т.п.);
- дети из групп риска по развитию патологии центральной нервной системы;
- дети с нейроортопедической патологией;
- дети с наследственными заболеваниями, имеющие предсказуемый риск отставания в нервно-психическом развитии;
- дети с нарушениями в состоянии здоровья, проживающие в условиях *социального риска*.

Этапность системы раннего вмешательства в Тульской области

Реабилитация - это сложный и многогранный процесс, поскольку полноценное возвращение ребёнка в социум происходит через медицинскую (устранение или восстановление дефектов и нарушенных функций), психологическую (восстановление, коррекция нарушенных высших психических функций, речи, памяти и т.п.), педагогическую (развитие познавательных навыков, умений, формирование индивидуальных личностных качеств) и социальную (интеграцию в социум) реабилитацию.

Преемственность оказания помощи детям в рамках системы раннего вмешательства последовательно включает в себя перинатальные центры (родильные дома), отделения патологии новорожденных, отделения недоношенных, центры (отделения, кабинеты) восстановительного лечения, районные поликлиники, детские санатории.

Региональная модель организации медицинской реабилитации в Тульской области представлена в приложении № 1.

Первый этап оказания комплексной медицинской помощи больным новорожденным в раннем восстановительном периоде осуществляется в учреждениях родовспоможения, профильных стационарах и отделениях учреждений здравоохранения Тульской области и заключается в проведении интенсивной, в первую очередь, медикаментозной терапии с последующим применением немедикаментозных (массаж, лечебная гимнастика, лечение положением, физиотерапевтические процедуры и др.) методов лечения.

Второй этап оказания медицинской помощи новорожденным с выявленной психоневрологической патологией осуществляется в соответствии с приказом министерства здравоохранения РФ от 29.12.2012 г. № 1705н «О порядке организации медицинской реабилитации» на базе ГУЗ «Тульская детская областная клиническая больница», в Центре раннего вмешательства ГУЗ ТО «Центр детской психоневрологии», располагающих современной материально-технологической базой, позволяющей оказывать реабилитационную помощь в ранний и поздний восстановительный периоды, период остаточных явлений, при хроническом течении заболевания вне обострения, с учетом реабилитационного потенциала ребенка.

Третий этап оказания реабилитационной помощи проводится в отделениях (кабинетах) восстановительного лечения на базе детских амбулаторно-поликлинических учреждений, в ГУЗ «Тульский областной детский многопрофильный санаторий «Иншинка» им. Супругов Баташева И.С. и Баташевой А.В.» с 4 профильными филиалами (при создании условий для пребывания матерей с детьми раннего возраста), а также социальными учреждениями, и включает динамическое наблюдение и патронажное обслуживание семей, воспитывающих детей с нарушениями развития и состояния здоровья.

Материально-техническая оснащенность и кадровая обеспеченность (см. приложения 2 и 3), в том числе медицинскими психологами, логопедами, учителями-дефектологами, учреждений II и III этапов должна способствовать проведению большинства видов комплексной реабилитации, а именно:

- лечебная физкультура (лечебная гимнастика, механотерапия, включая робототехнику, кинезиотерапия, методы позиционирования (укладки, вертикализаторы, универсальные ортопедические системы), БОС-тренировки);
- гидрокинезиотерапия, в т.ч. лечебное грудничковое плавание и гидромассаж;
- гидро-бальнеотерапия (вихревые ванны, автоматический гидромассаж, жемчужные ванны, подводный душ-массаж, бесконтактный гидромассаж);
- аппаратная физиотерапия (магнито-, лазеро-, свето-, цвето-, электролечение и пр.);
- метод функциональной программируемой электростимуляции в ходьбе;
- термотерапия (озокерито-парафинолечение, пелоидотерапия);
- массаж (общий, точечный, сегментарный), аппаратный (вибромассаж, пневмокомпрессорный и т.д.);
- консервативное ортопедическое лечение, в т.ч. функциональная иммобилизация суставов и ортезирование;
- ботулинотерапия;
- психотерапевтическое воздействие в диаде «мать-дитя» и психологическое сопровождение семьи.

Широкое внедрение методов физической терапии на втором и третьем этапах раннего вмешательства позволит уменьшить дозировки и длительность курсов фармакотерапии, то есть снизить медикаментозную нагрузку на ребенка.

Типовые положения о центрах медицинской реабилитации больных с психоневрологической патологией, центре раннего вмешательства см. в *Приложениях 4,5*.

При формировании и реализации индивидуальной программы реабилитации необходимо учитывать такой важнейший параметр, как *реабилитационный потенциал (ИРП)*. ИРП - это комплекс биологических и психофизиологических характеристик ребенка, а также социально-средовых факторов, позволяющих в той или иной мере реализовать потенциальные способности ребёнка, восстановить или повысить уровень сниженных (утраченных) функциональных возможностей организма для дальнейшего психофизиологического развития.

В ГУЗ ТО «Центр детской психоневрологии» разработана и используется следующая *модель оказания ранней помощи детям с психоневрологической патологией*:

- для *раннего выявления нарушений и отставаний в развитии ребенка* в центре проводится первичный осмотр *междисциплинарной командой специалистов* в составе невролога, ортопеда, педиатра, сурдолога и др., которые оценивают в совокупности физиологические и социально-средовые факторы, определяют зону актуального и ближайшего развития ребенка. Учреждение располагает возможностями как для ранней скрининговой диагностики новорожденных (аудиологический скрининг), так и для специальной диагностики с учетом интегральной оценки состояния здоровья: магнитно-резонансная томография, электроэнцефалография сна с

видеомониторингом, вызванные потенциалы головного мозга различной модальности (слуховые, зрительные, соматосенсорные), отоакустическая эмиссия, электронейромиография, нейросонография и др. Специалисты Центра владеют методом оценки спонтанной двигательной активности по Прехтлу для определения прогноза течения заболевания;

– в зависимости от результатов первичного осмотра и диагностических обследований ребенку составляется *индивидуальная комплексная программа медицинской реабилитации* с учетом реабилитационного потенциала с акцентом на немедикаментозные методы лечения (физической реабилитации, в т.ч. высокотехнологичные роботизированные методы, электро-, свето-, тепло-, бальнеолечение).

Приоритетными методами физической терапии на сегодняшний момент являются методы физической реабилитации, известные как метод Войта- и Бобат-терапии, метод В.И. Козьявкина, методы восстановительного лечения по К.А. Семеновой, С.А. Бортфельд и др.;

– важным компонентом (элементом) восстановительного лечения детей являются сопроводительные развивающие психолого-педагогические технологии, позволяющие *воздействовать на психо-эмоциональное состояние ребенка через сенсорно-обогащенную среду и окружение* с использованием методов Монтессори-, АРТ-терапии, музыкальной терапии, в том числе в условиях лекотек. Поддержка и развитие коммуникации, речи, памяти, внимания, других высших психических функций и социальных навыков достигается совместной деятельностью психологов, логопедов, дефектологов, сурдопедагогов и социальных педагогов;

– для оценки результатов эффективности лечения в начале и по завершению каждого реабилитационного этапа, корректировки стратегий и методов лечения используются международные шкалы (степени спастичности по Эшворту, двигательных функций - Gross Motor Function Classification System GMFCS, психомоторного развития по Журбе Л.Т., Гриффитс и КАТ/КЛАМС).

В качестве примера для оценки эффективности качества медицинской реабилитации и определения прогноза может быть предложена модель, разработанная специалистами ФГБУ «Научный центр здоровья детей» РАМН (приложение № 6).

Успешной реализации комплексных реабилитационных программ будет способствовать:

- правильное и четкое определение клинико-функционального диагноза;
- определение ведущего нарушения функции органов и систем (психической, статокINETической, сенсорной и др.), приводящего к ограничению жизнедеятельности;
- определение категории и степени ограничения жизнедеятельности;
- определение реабилитационного потенциала (высокий, средний или удовлетворительный, низкий, отсутствует);

– определение реабилитационного прогноза (возможно выздоровление, возможно улучшение, стабильное состояние, неблагоприятный, неопределенный).

Для обеспечения контроля за качеством проведения комплексной реабилитации и оценки ее эффективности в учреждениях организуются *реабилитационные комиссии*, которые осуществляют следующие функции:

- отбор детей на медицинскую реабилитацию;
- разработка и корректировка индивидуальных планов лечения (с учетом необходимого характера и объема лечебно-оздоровительных мероприятий);
- решение вопроса о сроках и месте (в условиях дневного или круглосуточного пребывания) реабилитации;
- осуществление систематического контроля за полнотой, качеством и эффективностью восстановительного лечения с учетом результатов функциональной диагностики, рентгенологических, лабораторных, психолого-педагогических и других методов обследования;
- оформление эпикриза на детей, прошедших определенный цикл комплексной реабилитации, с рекомендациями по дальнейшему наблюдению ребенка на амбулаторно-поликлиническом этапе, проведению повторных курсов лечения и т.д.

Таким образом, на первом году жизни ребенка приоритетными являются медицинские технологии (коррекция нарушений слуха, зрения, двигательной сферы и нервно-психического развития), в дальнейшем доля медицинских мероприятий уменьшается, но не отменяется полностью, и возрастает роль психолого-педагогического и социального сопровождения. На всех этапах большое значение придается взаимодействию с семьей ребенка с особыми потребностями, родителям ребенка отводится немаловажная роль в процессе лечения – они включаются в работу междисциплинарной команды, обучаются методикам реабилитации и, таким образом, способствуют улучшению медико-социального прогноза ребенка и поддержанию полученных результатов.

Ожидаемые результаты реализации проекта «Раннее вмешательство»:

- увеличение количества пациентов, охваченных медицинской реабилитацией, в том числе детей-инвалидов;
- улучшение показателей здоровья и качества жизни детей с нарушениями развития, в т.ч. детей-инвалидов;
- уменьшение количества детей-инвалидов в общей численности детского населения;
- повышение медицинской и социальной эффективности реабилитационных мероприятий, проводимых детям из групп физиологического и социального риска по развитию психоневрологической патологии и инвалидности;
- максимальная интеграция детей с ограниченными возможностями здоровья в общество и повышение их социализации.

Информационные источники:

При подготовке настоящих рекомендаций были использованы информационные материалы по организации системы раннего вмешательства, критериям оценки эффективности медицинской реабилитации ведущих научно-исследовательских учреждений – Институт раннего вмешательства (г. Санкт-Петербург), ФГБУ «Научный центр здоровья детей» РАМН (г. Москва), НИИ педиатрии и детской хирургии (г. Москва) а также программа Губернатора Курской области на 2012–2014 годы "Мир равных возможностей" и следующие публикации:

1. Разноуровневая система оказания комплексной реабилитационной помощи детям с хронической патологией и детям-инвалидам / Методические рекомендации, авторы: А.А. Баранов, Л.С. Намазова-Баранова, А.Г. Ильин, С.Р. Конова, Е.В. Антонова, Н.Д. Вашакмадзе, А.К. Геворкян, О.М. Конова, В.М. Краснов, С.Б. Лазуренко, А.М. Мамедьяров, О.И. Маслова, С.Д. Поляков, Т.В. Турти. Москва, 2012 г.

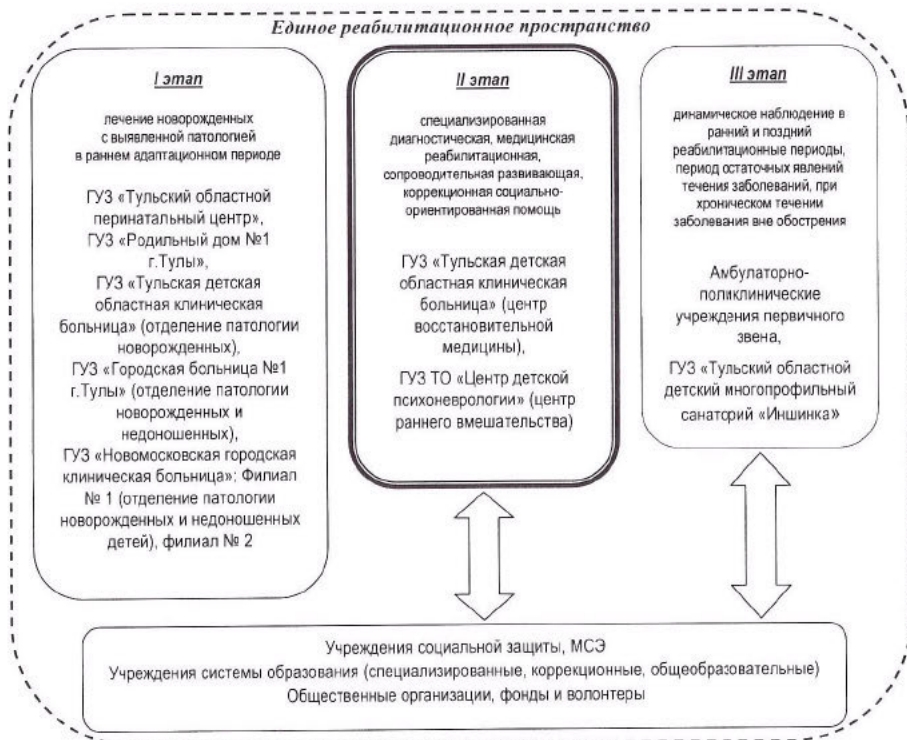
2. Раннее вмешательство: вчера, сегодня, завтра / Институт раннего вмешательства, СПб, 2008 г.

3. Кешишян Е.С. Психомоторное развитие детей на первом году жизни: пособие для врачей / Е.С.Кешишян; Московский НИИ педиатрии и детской хирургии. Москва, 2000 г.

4. Бомбардинова Е. П., Яцык Г. В., Степанов А. А. Лечение и реабилитация перинатальных поражений нервной системы у детей первых месяцев жизни // Педиатрия № 02/05 2005 г.

Организация медицинской помощи детям по медицинской реабилитации в рамках системы раннего вмешательства в Тульской области.

Региональная модель:



Рекомендуемая базовая материально-техническая оснащенность учреждений здравоохранения 2 и 3 этапа реабилитационным оборудованием:

Комплект оборудования для создания сенсорно обогащенной среды (типа «Рехабмедикал»)

Столы для Войта- и Бобат-терапии, кушетки массажные

Оборудование для позиционирования (вертикализаторы, специальные ортопедические укладки)

Костюмы для динамической проприоцептивной коррекции (типа «Адели», «Атлант», «Фазтон»)

Оборудование для ортезирования (ортезы, тьютора, функциональная иммобилизация на основе полимерных материалов)

Ванны для грудничкового плавания

Ванны вихревые, пузырьковые

Оборудование для подводного душа-массажа

Физиотерапевтическое оборудование – для электролечения (типа «Полярис», «Поток», «Амплипульс 6, 7, 8»), для магнитотерапии (типа «Амо-Атос»), для свето- и хромотерапии (типа Биоптрон)

Оборудование для парафино- и озокеритолечения

Оборудование для аэроионотерапии («соляная пещера»)

Оборудование для фито- и кислородотерапии

Типовая штатная номенклатура учреждения* здравоохранения 2 и 3 этапа для оказания помощи детям раннего возраста в своем составе должна иметь следующих специалистов:

- Врач-педиатр
- Врач-невролог
- Врач-офтальмолог
- Врач-травматолог-ортопед
- Врач-сурдолог-оториноларинголог
- Врач-рентгенолог
- Врач функциональной диагностики
- Врач ультразвуковой диагностики
- Врач по лечебной физкультуре
- Врач-физиотерапевт
- Инструктор-методист по лечебной физкультуре
- Инструктор по лечебной физкультуре
- Медицинская сестра по массажу
- Медицинская сестра по физиотерапии
- Младший медицинский персонал

*в расчете на коечную мощность ЛПУ или прикрепленное население и в соответствии с приказом министерства здравоохранения РФ от 29.12.2012 г. № 1705н «О порядке организации медицинской реабилитации»

Типовое положение деятельности центра (отделения, кабинета) медицинской реабилитации в структуре государственного учреждения здравоохранения:

(в соответствии с приказом министерства здравоохранения РФ от 29.12.2012 г. № 1705н «О порядке организации медицинской реабилитации»)

1. Общие положения.

1.1. **Центр (отделение, кабинет) медицинской реабилитации для детей** с хроническими заболеваниями и детей-инвалидов создается в структуре государственного учреждения здравоохранения без образования юридического лица и использует в своей деятельности все лечебно-диагностические и вспомогательные подразделения учреждения, в составе которого он организован.

1.2. Число коек Центра определяется с учетом имеющейся потребности в восстановительном лечении.

1.3. Руководство Центром осуществляется заведующим, назначаемым и увольняемым директором (главным врачом) учреждения в установленном порядке.

1.4. Заведующий Центром должен иметь сертификат врача-педиатра (врача-специалиста) и иметь опыт работы в области медицинской реабилитации не менее 5 лет.

1.5. Лечение пациентов в условиях Центра осуществляется по индивидуальной программе реабилитации.

1.6. Реабилитационные мероприятия должны проводиться на основе единых методологических подходов и придерживаться типовой реабилитационной программы.

1.7. Вся информация о пациенте должна быть отражена в истории болезни с описанием предлагаемых пациенту методик реабилитации в рамках его индивидуальной программы.

1.8. В Центре выделяются помещения для проведения медицинских процедур, сна, питания, обучения, оказания психолого-коррекционной помощи, а также другие помещения, необходимые для реализации индивидуальных реабилитационных программ.

2. Отбор больных и решение вопроса о возможности госпитализации для комплексной реабилитации производится врачебной комиссией, включающей заместителя главного врача по лечебной работе ЛПУ, заведующего Центром, врачей-специалистов по медицинской реабилитации.

Типовое положение о центре (кабинете, отделении) раннего вмешательства:

1. Общие положения:

1.1. Центр раннего вмешательства (далее - Центр) является структурным подразделением учреждения здравоохранения без права образования юридического лица и создан для оказания помощи детям:

1.1.1. С особыми потребностями, вызванными влиянием негативных физиологических и социальных факторов, либо последствиями заболеваний, в возрасте от месяца до 3 лет с целью содействия оптимальному развитию ребенка и предупреждения инвалидизации;

1.1.2. В раннем восстановительном периоде после перенесенных заболеваний периферической и центральной нервной системы, опорно-двигательного аппарата.

1.2. Центр возглавляет заведующий, который назначается руководителем ЛПУ. Штаты Центра устанавливаются в рамках штатного расписания ЛПУ.

1.3. Центр работает по плану и графику, утвержденному в установленном порядке руководителем ЛПУ.

1.4. Специалисты Центра организуют свою работу в соответствии с Положением, ведут учетно-отчетную документацию в установленном порядке, проводят анализ деятельности Центра и представляют ежеквартальный отчет о проделанной работе руководителю.

1.5. Центр в своей работе руководствуется законами Российской Федерации, нормативными актами Министерства здравоохранения, настоящим Положением, приказами, инструктивно-методическими и другими документами.

2. Задачи Центра:

2.1. Выявление детей, угрожаемых по развитию заболеваний центральной и периферической нервной системы, в том числе церебрального паралича, опорно-двигательного аппарата.

2.2. Оказание своевременной консультативно-диагностической, реабилитационной помощи детям в возрасте от 1 месяца до 3 лет с выявленными нарушениями в развитии (психомоторном, речевом, языковом и др.) как в одном из его видов, так и в сочетании или с риском развития различных нарушений.

2.3. Составление индивидуального плана лечебно-диагностических и реабилитационных мероприятий для каждого ребенка, который нуждается в помощи.

2.4. Создание реестра детей, угрожаемых по развитию заболеваний центральной и периферической нервной системы, в том числе церебрального паралича, опорно-двигательного аппарата, которые могут привести к инвалидности.

2.5. Динамическое наблюдение за детьми, внесенными в реестр.

2.6. Обеспечение согласованности, преемственности и координации действий со специалистами детских ЛПУ г. Тулы и области по оказанию своевременной медицинской помощи детям, угрожаемым по развитию церебрального паралича и др. заболеваний периферической и центральной нервной системы.

3. Порядок организации работы Центра:

3.1. Прием детей специалистами Центра осуществляется по направлению неврологов и педиатров детских ЛПУ г. Тулы и Тульской области, специалистов ЛПУ по предварительной записи в регистратуре.

3.2. Направлению в Центр подлежат:

- дети с нарушениями в психомоторном развитии;
- дети из групп риска по развитию патологии центральной нервной системы (недоношенные, переношенные и маловесные дети, дети, перенесшие асфиксию в родах, а также находившиеся в отделениях интенсивной терапии, отделениях недоношенных и патологии новорожденных);
- дети, имеющие физические недостатки;
- дети с генетическими нарушениями, имеющие предсказуемый риск отставания в нервно-психическом развитии.

3.3. Лечение проводится в амбулаторных условиях или в условиях дневного стационара ЛПУ в плановом порядке.

Критерии оценки эффективности комплексной реабилитации:

Модель оценки эффективности реабилитационных мероприятий для больных детей, в том числе с ограниченными возможностями разработана специалистами ФГБУ «Научный центр здоровья детей» РАМН.

Используются четыре группы показателей, две из которых характеризуют результаты медицинской, психолого-педагогической и социальной реабилитации, а две других - степень участия родителей детей и результативность их деятельности в реабилитационном процессе. Все показатели учитываются по пяти степеням достижения желаемого результата.

Уровень восстановления ведущего нарушения функции организма учитывается по следующим параметрам:

- «нет улучшений» - 0 баллов;
- «небольшое улучшение» - 1 балл;
- «улучшение» - 2 балла;
- «значительное улучшение» - 3 балла;
- «выздоровление» - 4 балла.

Степень нарушения жизнедеятельности (ограничение способности к общению, обучению, передвижению, самообслуживанию, ориентации, контролю поведения, трудовой деятельности) учитывается по пяти степеням:

- «отсутствуют» - 4 балла;
- «минимальные» - 3 балла;
- «умеренные» - 2 балла;
- «значительные» - 1 балл;
- «потребность в постороннем уходе» - 0 баллов.

По разделу оценки участия родителей в процессе реабилитации оценивается объем полученных ими знаний, и умение применять их при проведении реабилитации в домашних условиях:

- знает, умеет, применяет - 4 балла;
- знает, умеет, частично применяет - 3 балла;
- не знает, но применяет - 2 балла;
- знает, не применяет - 1 балл;
- не знает, не обучался, не применяет - 0 баллов.

Кроме того, целесообразно оценивать родителей по обеспечению ими непрерывности реабилитационного воздействия по следующим параметрам:

- продолжают реабилитационные мероприятия - 4 балла;
- продолжают не систематически - 3 балла;
- продолжают частично - 2 балла;
- продолжают изредка - 1 балл;
- не продолжают - 0 баллов.

Подсчет баллов позволит оценить **реабилитационный потенциал** (0-4 - минимум, 5-8 - удовлетворительно, 9-12 - хорошо, 13-16 - отлично).

По окончании лечения определяется реабилитационный прогноз:

- *Возможно выздоровление* – ограничение жизнедеятельности уменьшается, ожидается выздоровление
- *Возможно улучшение* – ограничение жизнедеятельности есть, но оно уменьшается
- *Стабильное состояние* – ограничение жизнедеятельности - устойчивое состояние и нет перспектив на изменение
- *Неблагополучный* – нарастающее ограничение жизнедеятельности, несмотря на принятые меры
- *Неопределенный* (динамику ограничения жизнедеятельности не определяют)

*Отпечатано в ООО «Борус-Принт»,
300041, г. Тула, ул. Сойфера, д. 6. Тел. (4872) 30-74-48.
Тираж 849 экз. Заказ № П29040.*

*Государственное учреждение здравоохранения Тульской области
«Центр детской психоневрологии»*

г. Тула, 2014

*Издано на средства гранта
правительства Тульской области
в сфере науки и техники 2013 года*