**Классификации основных видов нарушений функций организма и степени их выраженности**

Степень нарушения функций организма характеризуется различными показателями и зависит от вида функциональных нарушений, методов их определения, способности измерения и оценки результатов. Выделяют следующие нарушения функций организма:

* нарушения психических функций (восприятия, внимания, памяти, мышления, интеллекта, эмоций, воли, сознания, поведения, психомоторных функций)
* нарушения языковых и речевых функций (нарушения устной (ринолалия, дизартрия, заикание, апалия, афазия) и письменной (дисграфия, дислексия), вербальной и невербальной речи, нарушения голосообразования и пр.)
* нарушения сенсорных функций (зрения, слуха, обоняния, осязания, тактильной, болевой, температурной и других видов чувствительности);
* нарушения статодинамических функций (двигательных функций головы, туловища, конечностей, статики, координации движений)
* висцеральные и метаболические нарушения (функций кровообращения, дыхания, пищеварения, выделения, кроветворения, обмена веществ и энергии, внутренней секреции, иммунитета)
* нарушения, обусловленные физическим уродством (деформации лица, головы, туловища, конечностей, приводящие к внешнему уродству, аномальные отверстия пищеварительного, мочевыделительного, дыхательного трактов, нарушение размеров тела)

На основе комплексной оценки различных параметров, характеризующих стойкие нарушения функций организма человека, с учетом их качественных и количественных значений выделяют ЧЕТЫРЕ степени их выраженности:

1 степень — незначительные нарушения

2  степень — умеренные нарушения

3  степень — выраженные нарушения

4  степень — значительно выраженные нарушения Инвалидность приводит к ограничению жизнедеятельности, т. е. к полной либо частичной утрате способности или возможности осуществ­лять самообслуживание, самостоятельно передвигаться, ориентироваться, общаться, контролировать свое поведение, обучаться и заниматься трудовой деятельностью.

Основными категориями жизнедеятельности, которые ограни­чивает инвалидность, являются способность к:

* самообслуживанию
* передвижению
* ориентации
* общению
* контролю за своим поведением
* обучению
* труду

При комплексной оценке различных показателей, характеризующих ограничения основных категорий жизнедеятельности человека, выделяются 3 степени их выраженности: способность к самообслуживанию — способность человека самостоятельно осуществлять основные физиологические потребности, выполнять повседневную бытовую деятельность, в том числе навыки личной гигиены:

*1* степень — способность к самообслуживанию при более длительной затрате времени, дробности его выполнения, сокращении объема, с использованием при необходимости вспомогательных технических средств

*2* степень — способность к самообслуживанию с регулярной частичной помощью других лиц с использованием при необходимости вспомогательных технических средств

*3* степень — неспособность к самообслуживанию, нуждаемость в постоянной посторонней помощи и полная зависимость от других лиц

Способность к самостоятельному передвижению способность самостоятельно перемещаться в пространстве, сохранять равновесие тела при передвижении, в покое и перемене положения тела, пользоваться общественным транспортом:

*1* степень — способность к самостоятельному передвижению при более длительной затрате времени, дробности выполнения и сокращении расстояния с использованием при необходимости вспомогательных технических средств

*2* степень — способность к самостоятельному передвижению с регулярной частичной помощью других лиц с использованием при необходимости вспомогательных технических средств

*3* степень — неспособность к самостоятельному передвижению и нуждаемость в постоянной помощи других лиц способность к ориентации

Способность к адекватному восприятию окружающей обстановки, оценке ситуации, способность к определению времени и места нахождения:

*1* степень — способность к ориентации только в привычной ситуации самостоятельно и (или) с помощью вспомогательных технических средств

*2* степень — способность к ориентации с регулярной частичной помощью других лиц с использованием при необходимости вспомогательных технических средств

*3* степень — неспособность к ориентации (дезориентация) и нуждаемость в постоянной помощи и (или) надзоре других лиц

Способность к общению — способность к установлению контактов между людьми путем восприятия, переработки и передачи информации:

*1* степень — способность к общению со снижением темпа и объёма получения и передачи информации; использование при необходимости вспомогательных технических средств помощи

*2* степень — способность к общению при регулярной частичной помощи других лиц с использованием при необходимости вспомогательных технических средств

*3* степень — неспособность к общению и нуждаемость в постоянной помощи других лиц

Способность контролировать свое поведение — неспособность к осознанию себя и адекватному поведению с учетом социально- правовых и морально-этических норм:

*1* степень — периодически возникающее ограничение способности контролировать своё поведение в сложных жизненных ситуациях и (или) постоянное затруднение выполнения ролевых функций, затрагивающих отдельные сферы жизни, с возможностью частичной самокоррекции;

*2* степень — постоянное снижение критики к своему поведению и окружающей обстановке с возможностью частичной коррекции только при регулярной помощи других лиц;

*3* степень — неспособность контролировать свое поведение, невозможность его коррекции, нуждаемость в постоянной помощи (надзоре) других лиц;

Способность к обучению — способность к восприятию, запоминанию, усвоению и воспроизведению знаний (общеобразовательных, профессиональных и др.), овладению навыками и умениями (профессиональными, социальными, культурными, бытовыми):

*1* степень — способность к обучению, а также к получению образования определенного уровня в рамках государственных образовательных стандартов в образовательных учреждениях общего назначения с использованием специальных методов обучения, специального режима обучения, с применением при необходимости вспомогательных технических средств и технологий;

*2* степень — способность к обучению только в специальных (коррекционных) образовательных учреждениях для обучающихся, воспитанников с отклонениями в развитии или на дому по специальным программам с использованием при необходимости вспомогательных технических средств и технологий;

*3* степень — неспособность к обучению

Наиболее важным в медико-социальной экспертизе является экспертиза способности человека к трудовой деятельности, при этом определяется:

* способность человека к воспроизведению специальных профессиональных знаний, умений и навыков в виде продуктивного и эффективного труда;
* способность человека осуществлять трудовую деятельность на рабочем месте, не требующем изменений санитарно-гигиенических условий труда, дополнительных мер по организации труда, специального оборудования и оснащения, сменности, темпов, объема и тяжести работы;
* способность человека взаимодействовать с другими людьми в социально-трудовых отношениях;
  + способность к мотивации труда;
  + способность соблюдать рабочий график;
* способность к организации рабочего дня (организации трудового процесса во временной последовательности).

Оценка показателей способности к трудовой деятельности производится с учетом имеющихся профессиональных знаний, умений и навыков.

Критерием установления 1 степени ограничения способности к трудовой деятельности является нарушение здоровья со стойким умеренно выраженным расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящее к снижению квалификации, объема, тяжести и напряженности выполняемой работы, невозможности продолжать работу по основной профессии при возможности выполнения других видов работ более низкой квалификации в обычных условиях труда в следующих случаях:

> при выполнении работы в обычных условиях труда по основной профессии с уменьшением объема производственной деятельности не менее чем в 2 раза, снижением тяжести труда не менее чем на два класса;

>     при переводе на другую работу более низкой квалификации в обычных условиях труда в связи с невозможностью продолжать работу по основной профессии.

Критерием установления 2 степени ограничения способности к трудовой деятельности является нарушение здоровья со стойким выраженным расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, при которых возможно осуществление выполнения трудовой деятельности в специально созданных условиях труда, с использованием вспомогательных технических средств и (или) с помощью других лиц.

Критерием установления 3 степени ограничения способности к трудовой деятельности является нарушение здоровья со стойким, значительно выраженным расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящее к полной неспособности к трудовой деятельности, в том числе в специально созданных условиях, или противопоказанное™ трудовой деятельности.

В зависимости от степени отклонения от нормы деятельности человека вследствие нарушения здоровья определяется степень ограничения жизнедеятельности. В свою очередь, в зависимости от степени ограничения жизнедеятельности и степени нарушения функций организма устанавливают группу инвалидности.[[2]](http://trundel.ru/%D0%BC%D0%B5%D1%82%D0%BE%D0%B4%D0%B8%D1%87%D0%BA%D0%B8/%D0%BE%D1%81%D0%BD%D0%BE%D0%B2%D1%8B-%D0%B7%D0%B4%D1%80%D0%B0%D0%B2%D0%BE%D0%BE%D1%85%D1%80%D0%B0%D0%BD%D0%B5%D0%BD%D0%B8%D1%8F/%D0%BA%D0%BB%D0%B0%D1%81%D1%81%D0%B8%D1%84%D0%B8%D0%BA%D0%B0%D1%86%D0%B8%D0%B8-%D0%BE%D1%81%D0%BD%D0%BE%D0%B2%D0%BD%D1%8B%D1%85-%D0%B2%D0%B8%D0%B4%D0%BE%D0%B2-%D0%BD%D0%B0%D1%80%D1%83%D1%88%D0%B5.html#_ftn2)Критерии установления групп инвалидности

Критерием для определения ПЕРВОЙ ГРУППЫ ИНВАЛИДНОСТИ является нарушение здоровья человека со стойким, значительно выраженным расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящее к ограничению одной из следующих категорий жизнедеятельности или их сочетанию и вызывающее необходимость его социальной защиты:

>     способности к самообслуживанию третьей степени;

>     способности к передвижению третьей степени;

>     способности к ориентации третьей степени;

>     способности к общению третьей степени;

>     способности контролировать свое поведение третьей степени.

Критерием для установления ВТОРОЙ ГРУППЫ ИНВАЛИДНОСТИ является нарушение здоровья человека со стойким выраженным расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящее к ограничению одной из следующих категорий жизнедеятельности или их сочетанию и вызывающее необходимость его социальной защиты:

>     способности к самообслуживанию второй степени;

>     способности к передвижению второй степени;

>     способности к ориентации второй степени;

>     способности к общению второй степени;

>     способности контролировать свое поведение второй степени;

>     способности к обучению третьей, второй степеней;

>     способности к трудовой деятельности третьей, второй степеней.

Критерием для определения ТРЕТЬЕЙ ГРУППЫ ИНВАЛИДНОСТИ является нарушение здоровья человека со стойким умеренно выраженным расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящее к ограничению способности к трудовой деятельности 1 степени или ограничению следующих категорий жизнедеятельности в их различных сочетаниях и вызывающее необходимость его социальной защиты:

>     способности к самообслуживанию первой степени;

>     способности к передвижению первой степени;

>     способности к ориентации первой степени;

>     способности к общению первой степени;

>     способности контролировать свое поведение первой степени;

>     способности к обучению первой степени.

Экспертиза детской инвалидности построена на современной концепции ВОЗ, полагающей, что поводом для назначения инвалидности является не сама болезнь или травма, а степень тяжести их последствий, которые проявляются в виде нарушений той или иной психологической, физиологической или анатомической структуры или функции, приводящих к ограничению жизнедеятельности и социальной недостаточ­ности.

Показаниями для установления инвалидности у детей являются патологические состояния, возникающие при врожденных, наследственных, приобретенных заболеваниях или после травм.

В соответствии с адаптированным вариантом «Международной номенклатуры нарушений, ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности» к категории детей-инвалидов относятся дети до 16 лет, имеющие значительное ограничение жизнедеятельности, приводящее к социальной дезадаптации вследствие нарушения развития и роста ребенка, потери контроля за своим поведением, способности к самообслуживанию, передвижению, ориентации, обучению, общению, трудовой деятельности в будущем.

Медицинские показания для определения инвалидности у детей включают в себя три раздела:

> раздел 1 — перечень патологических состояний, приводящих к временному ограничению жизнедеятельности и социальной дезадаптации ребенка при тяжелых, но обратимых расстройствах функций органов и систем и дающих право на установление инвалидности на срок от 6 месяцев до 2 лет;

>  раздел 2 — патологические состояния, приводящие к частичному ограничению жизнедеятельности и социальной дезадаптации ребенка при прогнозируемой возможности полного или частичного восстановления нарушенных функций органов и систем. Различают две группы патологических состояний: 2А — с правом установления инвалидности сроком от 2 до 5 лет, т. е. переосвидетельствование проводится каждые 2—5 лет; 2Б — с правом установления инвалидности сроком до 5 лет и более, т. е. переосвидетельствование проводится не ча­ще, чем через 5 лет;

> раздел 3 — патологические состояния, приводящие к значительному ограничению жизнедеятельности и к социальной дезадаптации ребенка при резко выраженных необратимых нарушениях функций органов и систем. Медицинское заключение по патологическим состояниям, регламентируемым разделом 3, оформляет­ся однократно до 16-летнего возраста.

Категория «ребенок-инвалид» определяется при наличии ограничений жизнедеятельности любой категории и любой из трех степеней выраженности (которые оцениваются в соответствии с возрастной нормой), вызывающих необходимость социальной защиты.

На основании экспертного решения МСЭ оформляется заключение в виде «Справки МСЭ», которая выдается инвалиду. В справке отмечается группа и причина инвалидности, трудовые рекомендации, срок очередного переосвидетельствования. Помимо справок, МСЭ в трехдневный срок направляет в учреждение извещение о принятом решении.

В тех случаях, когда освидетельствованный не согласен с принятым решением, он в течение месяца может подать письменное заявление председателю МСЭ или руководителю районного отдела социальной защиты.

**Неврологические и психоневрологические нарушения у детей**

Это следствие раннего органического поражения мозга, возникшего внутриутробно, во время родов или непосредственно после них. Такие патологические состояния требуют постоянного лечения и медико-педагогической коррекции нарушенных функций нервной системы. Однако эти мероприятия могут быть эффективными только при условии соблюдения таких принципов, как непрерывность, поэтапность, комплексность, преемственность.  
  
Оказываемая в нашей стране неврологическая и психоневрологическая помощь детям разных возрастов имеет четкую структуру, носит дифференцированный и поэтапный характер.   
Детали структуры специализированной помощи несколько варьируют в различных регионах страны в зависимости от местных потребностей и условий. Однако общие принципы сохраняются. Специализированную медико-педагогическую помощь детям с нервными и нервно-психическими нарушениями условно можно подразделить на три этапа.  
  
Первый этап — специализированная помощь детям раннего возраста. Она характеризуется акцентом на медицинскую помощь с минимальной дифференцировкой учреждений в зависимости от нозологической принадлежности патологии.  
  
Второй этап — специализированная помощь детям дошкольного возраста. На этом этапе все больший удельный вес приобретает педагогическая помощь и происходит дифференциация специализированных учреждений в зависимости от нозологии.  
  
Третий этап — специализированная помощь детям школьного возраста. На этом этапе основное внимание уделяется педагогическим мероприятиям с максимальной дифференциацией учреждений в зависимости от нозологии, задач трудовой и социальной адаптации.  
  
На первом этапе специализированная помощь детям с нервной и нервно-психической патологией осуществляется родильными домами, специализированными больницами, домами ребенка, санаториями, яслями, районными детскими поликлиниками и психоневрологическими диспансерами. Все эти учреждения находятся в ведении министерств здравоохранения.  
Задача родильного дома состоит в том, чтобы выявить группы Детей высокого риска и осуществлять интенсивную терапию острых неврологических и метаболических нарушений с целью максимальной компенсации и профилактики их тяжелых последствий. В родильных домах функционируют специальные палаты для детей, родившихся с асфиксией, перенесших внутричерепную родовую травму, иммуноконфликтных, недоношенных. Медицинский персонал обучают умению выхаживать тяжелобольных новорожденных, кормить их через зонд, производить внутривенное капельное вливание жидкости, осуществлять отсасывание слизи с помощью аппарата и многому другому.  
  
Травмированным новорожденным проводят интенсивную терапию, направленную на нормализацию острых метаболических нарушений, компенсацию сердечно-сосудистой и дыхательной недостаточности, коррекцию неврологических расстройств. В родильных домах проводят клиническое, биохимическое и патогенетическое обследование новорожденных.  
  
Из родильных домов новорожденных с патологией нервной системы переводят в специализированные стационары или отделения многопрофильных больниц. Имеются больницы для недоношенных детей с пре- и перинатальной патологией нервной системы, наследственными заболеваниями, врожденными аномалиями развития. Задача стационаров состоит в комплексном обследовании детей с целью ранней дифференциальной диагностики врожденных, наследственных, и приобретенных заболеваний нервной системы.  
  
В специализированных стационарах проводят раннее комплексное восстановительное лечение, включающее ортопедический режим, лечебную гимнастику, массаж, физиотерапию, медикаментозные препараты, диетолечение. Все это способствует своевременному развитию возрастных двигательных, речевых и психических навыков и предупреждению задержки психомоторного развития и тяжелой инвалидности.  
  
После выписки из стационара (в зависимости от тяжести поражения и прогноза) дети поступают либо в специализированные дома ребенка, либо под наблюдение районной детской поликлиники. Вне зависимости от того, находится ли ребенок в доме ребенка или в домашних условиях, ему обеспечивают продолжение терапии, начатой в стационаре. В доме ребенка, где больной находится до четырехлетнего возраста, лечение осуществляют под контролем врача-психоневролога или невропатолога, логопеда, педагога-дефектолога, методиста лечебной физкультуры.  
  
В районной поликлинике контроль за развитием и лечением ребенка возложен на участкового педиатра и районного невропатолога. По мере необходимости они обращаются за консультацией и помощью к логопедам, дефектологам, психиатрам, психологам, специалистам лечебной физкультуры. Районный невропатолог определяет необходимость периодического повторного стационирования, направления ребенка в специализированные ясли и санатории. В Москве и ряде других крупных городов страны работу районных невропатологов координируют крупные консультативные центры. Показаниями для направления ребенка в специализированные ясли и санатории являются двигательные и психические нарушения, препятствующие помещению ребенка в коллектив здоровых детей. Это дети с церебральными параличами и дети-олигофрены в степени дебильности. Особые ясли существуют для детей с преобладанием речевых нарушений. Речевые группы могут быть организованы и при районных массовых яслях. Их посещают дети с заиканием и незначительной задержкой речевого развития.

Медико-педагогические мероприятия в специализированных яслях и санаториях осуществляются врачом-психоневрологом или невропатологом, логопедом, дефектологом, психологом, методистами лечебной физкультуры, воспитателями.  
  
Характеризуя в целом медико-педагогические мероприятия на первом этапе, следует подчеркнуть, что несмотря на чрезвычайно важное значение медикаментозной терапии детей с органическим поражением центральной нервной системы, еще важнее обеспечить комплекс мероприятий, направленных на стимуляцию возрастного развития и становление двигательных, речевых и психических функций. Для решения этой задачи и создан названный выше комплекс учреждений.  
  
На втором этапе специализированная помощь детям с нервной и нервно-психической патологией осуществляется специализированными стационарами для детей дошкольного возраста, садами, санаториями, детскими домами, дошкольными группами при школах-интернатах, районными поликлиниками и психоневрологическими диспансерами.

Независимо от ведомственной принадлежности в этих учреждениях сохраняется принцип комплексности и преемственности. Как было отмечено выше, на втором этапе все большее внимание уделяется педагогическим и воспитательным мероприятиям. Медицинское обслуживание заключается в наблюдении за общим состоянием здоровья, осуществлении поддерживающей терапии и лечении острых, главным образом инфекционных, заболеваний. Медицинские задачи решают работники специализированных стационаров, районные педиатры, невропатологи и психиатры, а также врачи санаториев, детских садов и домов.  
  
Педагогическая помощь в специализированных учреждениях строится с учетом глубины, специфики поражения и возраста ребенка. В ряде случаев стационарные учреждения профилируют. Например, имеются сады и санатории для детей с церебральным параличом, олигофренией в степени дебильности, речевыми нарушениями, дефектами зрения и слуха. Сады бывают круглосуточными и с дневным (12 ч) пребыванием детей.  
  
Детские дома профилируют по такому же принципу. Эти учреждения, как и детские сады, входят в структуру системы просвещения; их работу контролируют районные отделы народного образования. Кроме того, есть детские дома-интернаты системы социального обеспечения для труднообучаемых детей с выраженными двигательными нарушениями и олигофрениями в степени имбецильности или идиотии. В других случаях специализация достигается за счет создания внутри учреждений профилированных групп. Специализированные группы можно создавать при массовых дошкольных учреждениях (речевые группы). В соответствии с тяжестью и спецификой поражения определяют задачи педагогических мероприятий.  
  
В указанных учреждениях обслуживают детей от 3 — 4 до 7 — 8 лет. Задача этих учреждений состоит в воспитании, подготовке к обучению в школе, лечении и возможном восстановлении нервно-психической деятельности детей с нарушениями физического и интеллектуального развития.  
  
В соответствии с типовым положением о дошкольных учреждениях комплектование контингента детей на втором этапе осуществляют отделы народного образования и социального обеспечения на основании заключения регионарной медико-педагогической комиссии (положение о комиссии см. ниже).  
  
Медико-воспитательную работу в этих учреждениях осуществляют под общим руководством врача-невропатолога или психоневролога, в функции которых входят обследование, назначение лечения, контроль за его эффективностью, а также координация работы медицинского персонала и педагогических работников.  
  
Методическое руководство и контроль за организацией лечебно-профилактической работы и восстановительным лечением осуществляют местные отделы здравоохранения, регионарные психоневрологические и врачебно-физкультурные диспансеры, кафедры психиатрии, хирургии, ортопедии и травматологии, невропатологии медицинских институтов и институтов усовершенствования врачей, а также научно-исследовательские институты соответствующего профиля. Методическое руководство и контроль за организацией воспитательно-педагогической работы осуществляют органы министерств просвещения, а также Институт дефектологии Академии образования РФ.  
  
Работу дошкольного специализированного учреждения возглавляет заведующий или директор, имеющий высшее педагогическое образование (факультет дошкольной педагогики или дефектологический) и стаж работы не менее 3 лет. Непосредственно работу с детьми проводят воспитатели, имеющие высшее или среднее образование и стаж педагогический работы не менее 2 лет. Работой воспитателей руководит воспитатель-методист, имеющий высшее педагогическое образование и стаж работы не менее 5 лет. Учителем-логопедом в этих учреждениях могут быть лица со специальным высшим педагогическим образованием (дефектологический факультет) или лица, имеющие высшее педагогическое образование и закончившие курсы дефектологов по соответствующему профилю.  
  
На третьем этапе специализированную помощь детям с нервной и нервно-психической патологией оказывают в районных поликлиниках и психоневрологических диспансерах, специализированных стационарах, санаториях-школах, школах-интернатах, детских домах и домах инвалидов. В зависимости от типа учреждений они находятся в ведении министерств здравоохранения, просвещения и социального обеспечения.  
  
На этом этапе главное внимание уделяют педагогическим мероприятиям в специализированных школах и школах-интернатах, которые максимально профилируются в зависимости от контингента обучаемых детей и конечных целей проводимых мероприятий. Контингент детей, обучаемых в специализированных школах и школах-интернатах, комплектуют отделы народного образования в соответствии с рекомендациями регионарной медико-педагогической комиссии (см. ниже).  
  
Специальные общеобразовательные школы являются учебно-воспитательными учреждениями, призванными осуществлять:   
  
• обучение и воспитание детей с недостатками умственного развития, физическими дефектами, нарушениями речи, слуха и зрения по специальным программам и учебным планам;   
  
• профессионально-трудовое обучение и профессиональную ориентацию, направленную на подготовку к овладению специальностями, доступными для лиц этой категории;   
  
• коррекцию недостатков умственного и физического развития в процессе обучения, воспитательной работы, специальных занятий по исправлению дефектов общего и речевого развития, а также лечебно-профилактических мероприятий.   
  
Срок обучения в специальных общеобразовательных школах для умственно отсталых детей (вспомогательные школы) — 8 лет. По ее окончании они получают документ. В школах, имеющих необходимую материальную базу для профессионально-трудовой подготовки и профессиональной практики на промышленных предприятиях, сельскохозяйственных объектах, организуют классы с повышенной профессионально-трудовой подготовкой. Туда зачисляют детей, которые по состоянию здоровья и интеллекта могут овладеть одной из профессий низкого квалификационного разряда.  
  
В специальных общеобразовательных школах без интерната создают группы продленного дня.  
  
В специальные школы для умственно отсталых принимают детей в возрасте 7 — 9 лет (более старших — в порядке исключения) по следующим медицинским показаниям:  
  
1) олигофрения в степени дебильности различного генеза, в том числе и болезнь Дауна;  
  
2. органическая деменция негрубой степени, являющаяся следствием инфекционных, интоксикационных, травматических и других постнатальных поражений головного мозга;   
  
3. эпилептическая деменция (в отсутствие дневных и частых ночных судорожных припадков);   
  
4. шизофреническая деменция (в отсутствие психотических расстройств).   
  
В школы для детей с последствиями полиомиелита и Церебральным параличом принимают детей с 7 лет, самостоятельно передвигающихся, не требующих индивидуального ухода, со следующими заболеваниями:  
  
1. детский церебральный паралич;   
  
2. последствия полиомиелита;   
  
3. различные врожденные и приобретенные деформации опорно-двигательного аппарата;   
  
4. артрогриппоз, миопатии, хондродистрофия.   
  
Детей с церебральными параличами при возможности выделяют в специальные классы в составе школы. Наличие двигательных расстройств и олигофрении в степени дебильности также является показанием к зачислению их во вспомогательные классы, организуемые в составе данных школ.  
  
В специальные общеобразовательные школы для глухих, слабослышащих и позднооглохших принимают детей с потерей слуха в речевой области (частоты от 500 до 4000 Гц) от 30 до 80 дб и выше. В специальные школы-интернаты для глухих принимают детей:  
  
1) не реагирующих на громкий голос; 2) не реагирующих на разговорную речь около ушной раковины; 3) различающих некоторые звуки (а, о, у, р), произнесенные около ушной раковины голосом повышенной громкости.  
  
В специальные школы-интернаты для слабослышащих и позднооглохших принимают детей со средней потерей слуха в речевой области от 30 до 80 дб, различающих речь и вследствие недостаточности слуха страдающих недоразвитием речи различной степени.

В школе существует дифференциация на классы и отделения (в зависимости от состояния развития речи).  
  
В первое отделение принимают слабослышащих и позднооглохших детей, владеющих развернутой фразовой речью с некоторыми ее недостатками (косноязычие, небольшой аграмматизм и отклонения в письме).  
  
Во второе отделение направляют слабослышащих детей с глубоким речевым недоразвитием (ограниченный словарный запас, выраженный аграмматизм, искаженное произношение, отклонения в письме, затруднения в понимании устной речи и читаемого текста и слабослышащих, которые пользуются фразовой речью, состоящей из неправильно оформленных (с точки зрения грамматики) простых предложений, и имеют ограниченный словарный запас. Не владеющих речью слабослышащих детей принимают в дошкольную подготовительную группу.  
  
Глухих, слабослышащих и позднооглохших умственно отсталых детей выделяют в классы для умственно отсталых с соответствующим дефектом того или иного анализатора.  
  
Перевод в эти классы осуществляет медико-педагогическая комиссия после 1 года обучения ребенка.  
  
Глухих, слабослышащих и позднооглохших со сложными формами нарушения опорно-двигательного аппарата выделяют в классы, организуемые соответственно в школах для глухих, слабослышащих и позднооглохших.  
  
В специальные общеобразовательные школы для детей с тяжелыми нарушениями речи принимают детей 7 — 12 лет при портальном слухе и первичносохранном интеллекте. В первое отделение — детей, страдающих общим недоразвитием речи тяжелой степени (в первую очередь алалией, афазией, дизартрией, ринолалией), а также детей с общим недоразвитием речи, сопровождающимся заиканием, во второе — детей с заиканием тяжелой степени при нормальном развитии речи.  
  
Приему в специальные общеобразовательные школы слепых и слабовидящих подлежат дети с остротой зрения на лучше видящем глазу в пределах от 0 до 0,4. Офтальмологические показания к направлению в специальные школы устанавливают строго индивидуально в зависимости от состояния основных зрительных функций — остроты зрения и поля зрения. Специализированные школы этого профиля делятся на школы для слепых и школы для слабовидящих. Слепых и слабовидящих умственно отсталых детей обучают во вспомогательных классах соответствующих школ для детей с нарушением зрения.  
  
Директора вспомогательных школ несут личную ответственность за прием детей в школу в соответствии с порядком, установленным инструкцией. Перевод ребенка в процессе обучения из вспомогательной школы в общеобразовательную либо в специальную школу другого типа осуществляют органы народного образования на основании заключения медико-педагогической комиссии.  
  
Детей с тяжелым слабоумием (олигофрения в степени имбецильности и идиотии) направляют в соответствующие учреждения социального обеспечения, обучению в школах они не подлежат.

Дети с физическими дефектами, детским параличом, последствиями полиомиелита и др., не имеющие интеллектуального Дефекта, могут обучаться либо в массовых школах (иногда на дому), либо в специализированных интернатах по общей программе. В этих случаях специализированная педагогическая помощь заключается в организации мероприятий, направленных на восстановление функций опорно-двигательного аппарата и максимальное приспо-собление воспитанников к самостоятельной жизни и труду. Учителя и воспитатели должны: 1) дозировать учебно-воспитательные воздействия соответственно индивидуальным особенностям конкретного ученика; 2) осуществлять коррекцию нарушений ориентировки в пространстве; 3) знакомить детей с правилами ортопедического режима и строго следить за их выполнением; 4) формировать навыки правильного пользования протезно-ортопедическими изделиями; 5) следить за выполнением учащимися назначений врачей; 6) учитывать особенности отношения ребенка к своему состоянию.  
  
Педагоги-логопеды ведут индивидуальную и групповую работу по исправлению дефектов устной и письменной речи учащихся и руководят работой учителей и воспитателей в этом направлении. Учителям массовых школ следует оказывать и специализированную логопедическую помощь. С этой целью в школах и детских поликлиниках организуются специальные кабинеты.  
  
На третьем этапе осуществляют постоянный контроль за общим состоянием ребенка. Кроме того, проводят целенаправленную поддерживающую и корригирующую терапию под руководством невропатологов, психоневрологов и других специалистов.  
  
Как уже отмечалось, специализированная помощь реализуется на втором и третьем этапах через регионарные медико-педагогические комиссии. Комиссии могут быть республиканскими, краевыми, областными, городскими, районными. 21 ноября 1974 года Министерством просвещения СССР принято положение о регионарных медико-педагогических комиссиях. В соответствии с этим положением медико-педагогическая комиссия: 1) осуществляет дифференцированный отбор детей с недостатками умственного и физического развития в специализированные общеобразовательные школы-интернаты (школы) и дошкольные учреждения специального назначения системы просвещения согласно инструкциям по приему в эти учреждения; 2) дает рекомендацию к направлению в лечебно-профилактические учреждения системы здравоохранения, а также в учреждения социального обеспечения детей, не подлежащих обучению в школах и дошкольных учреждениях общего назначения по состоянию здоровья и интеллекта; 3) решает вопрос о выводе из спецшкол и дошкольных учреждений или переводе в другие учреждения; 4) консультирует родителей и педагогов по вопросам лечения и воспитания детей с легкими отклонениями в развитии, не подлежащих направлению в спецшколы и дошкольные учреждения специального назначения.  
  
В состав комиссии входят: представитель областного отдела народного образования (председатель комиссии), представитель регионарного отдела здравоохранения, представитель отдела социального обеспечения, детский психоневролог или психиатр, отоларинголог, окулист, психолог, педагог, офтальмолог, дефектолог дошкольного учреждения, логопед.  
  
Медико-педагогическая комиссия в своих рекомендациях руководствуется инструкциями по приему в специальные общеобразовательные школы-интернаты (школы) и дошкольные учреждения для детей с недостатками умственного и физического развития.  
  
Контроль за правильной организацией работы регионарной медико-педагогической комиссии возлагается на заведующих соответствующими отделами народного образования и здравоохранения.  
  
По-иному строится на третьем этапе работа в учреждениях, находящихся в ведении системы здравоохранения (специализированные стационары, санатории), а также в лесных школах. В эти учреждения в соответствии с профилем патологии направляют детей, у которых помимо основного заболевания ослаблено здоровье в целом, либо детей с пограничными нервно-психическими или речевыми нарушениями. Последние учатся в массовых школах, но работоспособность у них снижена. В этих учреждениях дети находятся временно (3 — 6 мес), продолжая учиться, хотя и с меньшей нагрузкой.  
  
Контингент санаториев и школ комплектуется с учетом рекомендаций медицинских санаторных комиссий. На комиссию детей направляют врачи, осуществляющие постоянное наблюдение за их здоровьем.  
  
Организация медико-педагогической помощи детям с физическими и психическими дефектами включает также научные и научно-практические исследования в области комплексного медицинского и педагогического изучения причин и последствий поражения центральной нервной системы и опорно-двигательного аппарата, методов профилактики заболеваний, их лечения и социальной компенсации. Эти вопросы разрабатываются в различных научно-исследовательских институтах.  
  
Вопросы организации медико-педагогической помощи детям с ранними органическими поражениями нервной системы и физическими дефектами находятся в сфере внимания законодательных и исполнительных органов. С ростом благосостояния общества в целом расширяются, улучшаются и совершенствуются специализированные учреждения, а также формы и методы работы в них, увеличиваются размеры материальной помощи детям-инвалидам и их семьям.