

МИНИСТЕРСТВО ОБЩЕГО И ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ
Государственное бюджетное учреждение Свердловской области
«Центр психолого-педагогической медицинской и социальной помощи «Ресурс»

Ул. Машинная, д.31, г. Екатеринбург, 620142, Тел./факс (343) 221-01-57
E-mail: centtresurs@gmail.com



**ОРГАНИЗАЦИЯ ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ
РЕАБИЛИТАЦИИ И АБИЛИТАЦИИ
ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ В ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ
ОРГАНИЗАЦИЯХ**

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

Екатеринбург

2019

Допущено научно – методическим советом ГБУ ЦППМСП «Ресурс»

Автор-составитель

Шулаков Антон Игоревич, заместитель руководителя центральной психолого-медико-педагогической комиссии Свердловской области, педагог-психолог высшей квалификационной категории ГБУ СО ЦППМСП «Ресурс».

Организация психолого-педагогической реабилитации и абилитации детей-инвалидов в общеобразовательных организациях; авт.-сост. А.И Шулаков – Екатеринбург : 2019. – 85 с.

Рецензент

Е.В.Шалагина, к.соц.н., доцент УрГПУ.

В методических рекомендациях представлены психологические особенности детей, имеющих инвалидность по соматическим заболеваниям и особенности организации образования детей-инвалидов. Педагогам образовательных организаций будут полезны клинические и психологические характеристики различных категорий детей с хроническими соматическими заболеваниями. В рекомендациях содержится нормативно-правовая база и документы, регламентирующие образовательный процесс.

Методические рекомендации предназначены для педагогов и специалистов психолого-медико-педагогических консилиумов общеобразовательных организаций, в том числе реализующих инклюзивное образование. Они так же будут интересны родителям, воспитывающим детей-инвалидов.

© Шулаков А. И, 2019

© ГБУ СО «Центр психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи «Ресурс», 2019.

СОДЕРЖАНИЕ

Введение	4
Раздел 1. Общие вопросы организации обучения детей-инвалидов	9
1.1. Государственная политика в области образования детей с инвалидностью.....	9
1.2. Деятельность ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Свердловской области»	12
1.3. Группы здоровья детей.....	16
1.4. Организация обучения детей-инвалидов на дому.....	18
Раздел 2. Обучение детей-инвалидов в условиях общеобразовательной школы	19
2.1. Алгоритм организации мероприятий психолого-педагогической реабилитации и абилитации ребенка-инвалида в общеобразовательной школе.....	19
2.2. Психологические особенности детей-инвалидов, имеющих соматические заболевания.....	23
2.3. Дети с сердечно-сосудистыми заболеваниями.....	26
2.4. Дети с бронхиальной астмой.....	33
2.5. Дети с эпилепсией.....	39
Приложение 1. Льготы и гарантии для семей, имеющих детей-инвалидов...	48
Приложение 2. Алгоритм определения групп здоровья у детей возрасте от 3 до 17 лет включительно	59
Приложение 3. Перечень заболеваний, наличие которых дает право на обучение по основным общеобразовательным программам на дому.....	69
Приложение 4. «Культура здоровья школьника» Инновационная площадка по формированию здоровьесберегающей среды в общеобразовательной школе.....	75
Литература	84

ВВЕДЕНИЕ

Нарушения здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленные различными заболеваниями, приводят к ограничению жизнедеятельности ребенка.

Ежегодно на территории Свердловской области первично устанавливается инвалидность в среднем 2200 детям от 0 до 18 лет.

В своем отношении к детям-инвалидам, современное общество опирается на положения Конвенции о правах инвалидов – Конвенции ООН, принятой Генеральной Ассамблеей 13 декабря 2006 года и вступившей в силу 3 мая 2008 года (на тридцатый день после присоединения или ратификации двадцатью государствами).

Федеральный закон РФ «О ратификации Конвенции о правах инвалидов» принят Государственной Думой 25 апреля 2012 года и одобрен Советом Федерации 7 апреля 2012 года.

Статья 7 («Дети-инвалиды») Конвенции гласит:

1. Государства-участники принимают все необходимые меры для обеспечения полного осуществления детьми-инвалидами всех прав человека и основных свобод наравне с другими детьми.

2. Во всех действиях в отношении детей-инвалидов первоочередное внимание уделяется высшим интересам ребенка.

3. Государства-участники обеспечивают, чтобы дети-инвалиды имели право свободно выражать по всем затрагивающим их вопросам свои взгляды, которые получают должную весомость, соответствующую их возрасту и зрелости, наравне с другими детьми и получать помощь, соответствующую инвалидности и возрасту, в реализации этого права.

Принятие Международной Конвенции о правах ребенка, Стандартных правил по обеспечению равных возможностей для инвалидов (ООН),

Саламанской Декларации и Рамок действий по образованию лиц с особыми потребностями (ЮНЕСКО), а также ратификация Конвенции о правах инвалидов и нормативные акты Правительства Российской Федерации оказывают влияние на всю систему абилитации и реабилитации детей-инвалидов в сфере образования.

Дети-инвалиды по сенсорным нарушениям, нарушениям опорно-двигательного аппарата, расстройствами аутистического спектра и интеллектуальными нарушениями в соответствии с заключениями психолого-медико-педагогической комиссии (далее – ПМПК) признаются обучающимися с ограниченными возможностями здоровья (далее – ОВЗ). Для этой категории детей разрабатываются адаптированные основные общеобразовательные программы (далее – АООП) и создаются специальные образовательные условия в соответствии с их образовательными потребностями и Федеральными государственными образовательными стандартами начального общего образования (далее – ФГОС НОО ОВЗ), способствующие успешному освоению образовательной программы.

Вид АООП определяется в соответствии с ФГОС НОО ОВЗ (для глухих, слабослышащих, позднооглохших, слепых, слабовидящих, с тяжелыми нарушениями речи, с нарушениями опорно-двигательного аппарата, с задержкой психического развития, с расстройствами аутистического спектра, со сложными дефектами).

Для уровня начального общего образования выделены четыре варианта, отражающие сложность рекомендуемой образовательной программы.

В Методических рекомендациях Министерства образования и науки Российской Федерации (№ ВК-1074/07 от 23.05. 2016 г.) рекомендуются следующие коды для заключений ПМПК.

**Варианты заключений ПМПК для обучающихся с ОВЗ
(в том числе для детей-инвалидов)**

Категория детей с ОВЗ	Варианты программ ФГОС НОО обучающихся с ОВЗ и ФГОС О УО
глухие	1.1, 1.2, 1.3, 1.4
слабослышащие	2.1, 2.2, 2.3
слепые	3.1, 3.2, 3.3, 3.4
слабовидящие	4.1, 4.2, 4.3
с тяжелыми нарушениями речи	5.1, 5.2
с нарушениями ОДА	6.1, 6.2, 6.3, 6.4
с задержкой психического развития	7.1, 7.2
с расстройствами аутистического спектра	8.1, 8.2, 8.3, 8.4
с умственной отсталостью (интеллектуальными нарушениями)	Пр. № 1599, вариант 1 Пр. № 1599, вариант 2

В то же время многим детям инвалидность устанавливается по соматическим заболеваниям.

Таблица 2

Численность обучающихся в Свердловской области

Общее количество обучающихся в Свердловской области	Дети с ОВЗ, обучающиеся в Свердловской области	Дети-инвалиды, обучающиеся в Свердловской области
488 498 человек	27 233 человек 5, 6 % от числа всех обучающихся	9 547 человек 1, 9 % от всех обучающихся

Таблица 3

**Количество детей, обследованных на ПМПК Свердловской области
за 2018 год**

ПМПК	Центральная и территориальные ПМПК, созданные при государственных	Территориальные ПМПК, созданные при муниципальных организациях и

	организациях	управлениях образования
Количество ПМПК	21	18
Количество обследованных	12931	12184
Всего обследовано за 2018 год: 25125 человек В том числе дети с инвалидностью 1926 человек		

Дети, имеющие инвалидность по соматическим заболеваниям, во многих случаях могут успешно обучаться без организации коррекционных занятий, использования специальных учебников и технических средств, без помощи тьютора и ассистента (помощника), т.е. без специальных образовательных условий. Многие из детей-инвалидов с самого рождения имеют длительный опыт эмоциональной травматизации. У них имеются разнообразные по степени тяжести эмоциональные нарушения, связанные с переживанием страха, тревоги, физической боли, что негативно сказывается на их поведении. Такое состояние может длиться годами и настолько затрудняет жизнедеятельность ребёнка, что значительно ограничивает возможности общения, снижает активность деятельности, патологически влияет на формирование личности. Болезненные переживания, связанные с частым и длительным пребыванием в больнице, обуславливают негативное отношение к окружающему миру. Детям-инвалидам, независимо от вида и сложности дефекта, часто свойственны трудности мотивационной и эмоционально-волевой сфер. Другим важным аспектом служит повышенная утомляемость детей-инвалидов, которая может проявляться не постоянно, а только в периоды ухудшения состояния, но способствует увеличению времени на прохождение ими некоторых тематических разделов образовательной программы, а также снижает степень усвоения пройденного материала.

Таким образом, ситуационная педагогическая поддержка, психологическая помощь по формированию позитивного отношения к миру для

таких детей, а так же учет особых жизненных потребностей, не связанных с системой образования, носит реабилитационный характер.

Понятия «реабилитация инвалидов» и «абилитация инвалидов» определены статьей 9 Федерального закона от 24 ноября 1995 года № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» (с изменениями на 01 января 2017 года):

Реабилитация инвалидов – система и процесс полного или частичного восстановления способностей инвалидов к бытовой, общественной, профессиональной и иной деятельности.

Абилитация инвалидов – система и процесс формирования отсутствовавших у инвалидов способностей к бытовой, общественной, профессиональной и иной деятельности.

Реабилитация или абилитация инвалидов направлена на устранение нарушений здоровья со стойким расстройством функций организма в целях их социальной адаптации, включая достижение ими материальной независимости и интеграцию в общество.

РАЗДЕЛ 1

ОБЩИЕ ВОПРОСЫ ОРГАНИЗАЦИИ ОБУЧЕНИЯ ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ

1.1. Государственная политика в области образования детей с инвалидностью

В настоящее время в Министерстве просвещения РФ разработан и проходит обсуждение проект Стратегии развития образования обучающихся с особыми образовательными потребностями (ООП) в Российской Федерации на период до 2030 года.

Материалы проекта Стратегии развития образования для данной публикации предоставлены начальником отдела образования детей с особыми образовательными потребностями Департамента общего и дополнительного образования Министерства образования и молодежной политики Свердловской области С.В. Блаженковой.

Проект «Стратегия развития образования детей с ограниченными возможностями здоровья и детей с инвалидностью в Российской Федерации на период до 2030 года» подготовлен в рамках исполнения Плана мероприятий по созданию специальных условий получения общего и дополнительного образования обучающихся с инвалидностью и обучающихся с ограниченными возможностями здоровья на 2018-2020 годы.

16 апреля 2019 года в Министерстве просвещения Российской Федерации состоялось обсуждение данной Стратегии под председательством заместителя Министра просвещения Российской Федерации Т. Ю. Синюгиной.

Т. Ю. Синюгина отметила следующее: «Необходимо продолжать формировать такую образовательную и социальную среду, которая максимально содействует успешной социализации детей с особыми образовательными потребностями. Мы должны обеспечить обновление

содержания работы, изменение всей образовательной среды и подходов к построению учебного процесса, чтобы не ребёнок подстраивался под систему образования, а система – под ребёнка».

Стратегия ориентирована на обновление системы специального и инклюзивного образования лиц с особыми образовательными потребностями на основе подтверждённых научных методов и актуализации личностного потенциала обучающихся с ООП.

Основная цель стратегии – определение приоритетных направлений государственной политики в сфере образования детей с ООП и инвалидностью, инструментов и механизмов достижения наилучших результатов деятельности по этим направлениям.

Основные задачи Стратегии:

- создать условия для консолидации усилий институтов российского общества и государства по созданию системы непрерывного эффективного образования детей с ОВЗ и детей с инвалидностью;

- повысить качество образования лиц с ОВЗ и инвалидностью на всех уровнях образования;

- сформировать социокультурную инфраструктуру, содействующую успешной социализации детей с ОВЗ и инвалидностью и интегрирующую возможности образовательных, культурных, спортивных, научных, познавательных, экскурсионно-туристических и других организаций;

- обеспечить поддержку семьи как полноправного участника образования процесса с ОВЗ на основе повышения ее ответственности за выбор индивидуального образовательного маршрута для ребенка и повышения абилитационно-реабилитационной компетентности;

- сформировать инклюзивную социокультурную среду в образовании, способствующую становлению инклюзивной культуры у всех участников образовательного процесса.

Основные направления Стратегии.

1. Развитие ранней коррекционной помощи детям с ОВЗ и детям с инвалидностью.

2. Создание образовательной вертикали для всех категорий лиц с различными нарушениями в развитии, в том числе лиц с тяжелыми множественными нарушениями развития.

3. Совершенствование диагностико-консультативной деятельности ПМПК и психолого-медико-педагогических консилиумов образовательных организаций по определению специальных условий образования лиц с ОВЗ и инвалидностью.

4. Дальнейшее развитие и совершенствование инклюзивного образования, удовлетворяющего образовательные потребности обучающихся, создание условий для обеспечения непрерывности инклюзивного образования на всех этапах образовательной вертикали.

5. Модернизация дефектологического образования, совершенствование подготовки и повышения квалификации специалистов для работы с детьми с ОВЗ и детьми с инвалидностью.

Ожидаемые результаты Стратегии:

- повышение в обществе инклюзивной культуры по отношению к лицам с ОВЗ, повышение значимости в общественном сознании получения качественного образования лицами с ОВЗ;

- доступность для всех категорий детей с ОВЗ и инвалидностью качественного образования;

- совершенствование и создание доступной и развивающей образовательной среды;

- территориальная и финансовая доступность специальной педагогической и психологической помощи для всех групп детей с ОВЗ и их семей;

- социокультурная инфраструктура;
- создание в рамках психологической службы в системе образования отдельного направления – специальной психологической помощи детям с ОВЗ, детям-инвалидам, обучающимся в различных образовательных условиях;
- подготовленность лиц с ОВЗ к ведению максимально возможной самостоятельной и независимой жизни;
- создание доступной сети услуг ПМПК;
- укрепление и развитие кадрового потенциала системы образования лиц с ОВЗ и инвалидностью через переход на моноуровневую систему подготовки дефектологов в ВУЗах с сохранением института магистратуры;
- формирование системы осуществления мониторинга и показателей, отражающих эффективность реализации Стратегии.

Итогом реализации Стратегии должны стать повышение доступности и качества образования для детей с ООП и детей-инвалидов, их социальная интеграция, способность к ведению максимально самостоятельной жизни, успешная самореализация в различных сферах жизнедеятельности.

1.2. Деятельность ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Свердловской области»

Федеральное казенное учреждение «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Свердловской области» Минтруда РФ включает в себя 46 бюро, в том числе 9 бюро для освидетельствования лиц в возрасте до 18 лет.

В соответствии со статьей 7 Федерального закона № 181-ФЗ от 24 ноября 1995 года "О социальной защите инвалидов в Российской Федерации" медико-социальная экспертиза – признание лица инвалидом и определение в установленном порядке потребностей освидетельствуемого лица в мерах социальной защиты, включая реабилитацию, на основе оценки

ограничений жизнедеятельности, вызванных стойким расстройством функций организма.

Медико-социальная экспертиза осуществляется исходя из комплексной оценки состояния организма на основе анализа клинико-функциональных, социально-бытовых, профессионально-трудовых, психологических данных освидетельствуемого лица с использованием классификаций и критериев, разрабатываемых и утверждаемых в порядке, определяемом федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке и реализации государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере социальной защиты населения.

Порядок и условия признания лица инвалидом утверждены Постановлением Правительства Российской Федерации от 20 февраля 2006 года № 95 (в ред. 21.06.2018г) "О порядке и условиях признания лица инвалидом".

Условиями признания гражданина инвалидом являются:

- 1) нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами;
- 2) ограничение жизнедеятельности (полная или частичная утрата гражданином способности или возможности осуществлять самообслуживание, самостоятельно передвигаться, ориентироваться, общаться, контролировать свое поведение, обучаться или заниматься трудовой деятельностью);
- 3) необходимость в мерах социальной защиты, включая реабилитацию и абилитацию.

Наличие только одного из условий не является основанием для признания лица инвалидом.

В зависимости от степени выраженности стойких расстройств функций организма, возникших в результате заболеваний, последствий травм или

дефектов, гражданину в возрасте до 18 лет устанавливается категория "ребенок-инвалид".

Категория "ребенок-инвалид" устанавливается сроком на 1 год, 2 года, 5 лет, до достижения гражданином возраста 14 лет либо 18 лет.

Категория "ребенок-инвалид" сроком на 5 лет, до достижения возраста 14 лет либо 18 лет устанавливается гражданам, имеющим заболевания, дефекты, необратимые морфологические изменения, нарушения функций органов и систем организма, предусмотренные разделами I и II приложения к Правилам признания лица инвалидом, утвержденным Постановлением Правительства РФ от 20 февраля 2006 года № 95 (ред. от 21.06.2018)

В случае признания ребенка инвалидом датой установления инвалидности считается день поступления в бюро заявления родителей (законных представителей) о проведении медико-социальной экспертизы. Инвалидность устанавливается до 1-го числа месяца, следующего за месяцем, на который назначено проведение очередной медико-социальной экспертизы гражданина (переосвидетельствования).

Таблица № 4

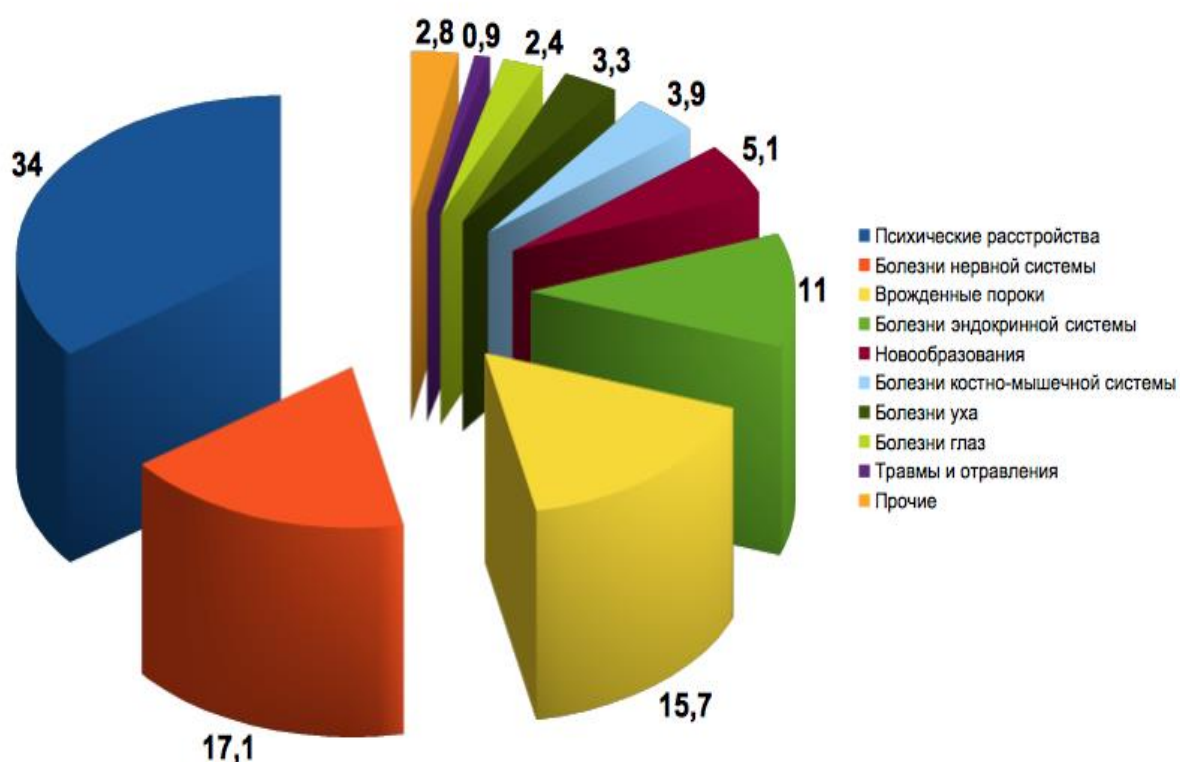
**Показатели ФКУ «Главное бюро МСЭ по Свердловской области»
за 2016-2018 годы**

Показатель		2016 г.	2017 г.	2018 г.
Число детей, освидетельствованных для определения инвалидности	Впервые	2614	2615	2520
	Повторно	6560	6428	5787
Число детей, признанных инвалидами	Впервые	2201	2279	2211
	Повторно	6085	6065	5462
Разработано ИПРА		8896	9146	8561

**Уровень первичной инвалидности населения Свердловской области за
2016-2018 годы (на 10 тысяч соответствующего населения)**

Категории населения	2016 г.	2017 г.	2018 г.
Взрослые	52,8	57,2	53,7
Дети	25,9	26,2	24,1

**Структура первичной инвалидности детского населения Свердловской
области по классам болезней (%)**



1.3. Группы здоровья детей

На основании Приложения № 2 «Алгоритм определения групп здоровья у детей в возрасте от 3 до 17 лет включительно (по результатам профилактических медицинских осмотров)» приказа Минздрава России № 621 от 30.12.2003 г. «О комплексной оценке состояния здоровья детей», дети могут быть отнесены к следующим группам здоровья (полный текст см. *Приложение № 2*):

I группа здоровья: здоровые дети с нормальным физическим и психическим развитием, без анатомических дефектов, функциональных и морфофункциональных отклонений.

II группа здоровья: дети, у которых нет хронических заболеваний, но присутствуют некоторые функциональные и морфофункциональные нарушения; реконвалесценты после перенесенных тяжелых и среднетяжелых инфекционных болезней; дети с общей задержкой физического развития без эндокринной патологии (низкий рост, отставание по уровню биологического развития); дети с дефицитом массы тела или с избыточной массой тела; дети, часто болеющие острыми респираторными заболеваниями; дети с легкими физическими недостатками, последствиями травм или операций при сохранности соответствующих функций.

Большое медико-социальное значение имеет выделение II группы здоровья, так как функциональные возможности детей и подростков, отнесенных к этой группе, еще не снижены, но у них, как правило, существует высокий риск формирования хронической патологии. Дети этой группы часто нуждаются в проведении определенных оздоровительных и коррекционных мероприятий и врачебном наблюдении. Контроль за состоянием их здоровья осуществляется при профилактических осмотрах, в промежутках между осмотрами оценку динамики состояния делает педиатр, работающий в образовательном учреждении, а при его отсутствии – участковый педиатр с

учетом результатов ежегодного доврачебного скрининг-тестирования в образовательных учреждениях.

III группа здоровья: дети с хроническими заболеваниями в стадии клинической ремиссии, с редкими обострениями, с сохраненными или компенсированными функциональными возможностями, при отсутствии осложнений; дети с физическими недостатками, последствиями травм и операций при условии компенсации соответствующих функций, не ограничивающими возможности обучения или труда ребенка, в том числе в подростковом возрасте.

IV группа здоровья: дети, страдающие хроническими заболеваниями в активной стадии и стадии нестойкой клинической ремиссии с частыми обострениями, с сохраненными или компенсированными функциональными возможностями или неполной компенсацией функциональных возможностей; с хроническими заболеваниями в стадии ремиссии, но с ограниченными функциональными возможностями; дети с высокой вероятностью осложнений основного заболевания; дети, у которых основное заболевание требует поддерживающей терапии; дети с физическими недостатками, последствиями травм и операций с неполной компенсацией соответствующих функций, что в определенной мере ограничивает возможность обучения или труда ребенка.

V группа здоровья: дети, страдающие тяжелыми хроническими заболеваниями, с редкими клиническими ремиссиями, с частыми обострениями, непрерывно рецидивирующим течением, с выраженной декомпенсацией функциональных возможностей организма, наличием осложнений основного заболевания, требующими постоянной терапии; дети-инвалиды; дети с физическими недостатками, последствиями травм и операций с выраженным нарушением компенсации соответствующих функций и значительным ограничением возможности обучения или труда.

1.4. Организация обучения детей-инвалидов на дому

Законодательство Российской Федерации в сфере образования предусматривает возможность организации обучения детей, которые по состоянию здоровья не могут посещать образовательные организации, на дому или в медицинской организации. Статьей 41 Федерального закона от 29.12.2012 года № 273-ФЗ "Об образовании в Российской Федерации" установлено, что для обучающихся, осваивающих основные общеобразовательные программы и нуждающихся в длительном лечении, а также детей-инвалидов, которые по состоянию здоровья не могут посещать образовательные организации, обучение может быть организовано образовательными организациями на дому или в медицинских организациях. Основанием для организации обучения на дому или в медицинской организации являются заключение медицинской организации и в письменной форме обращение родителей (законных представителей). Порядок регламентации и оформления отношений государственной и муниципальной образовательной организации и родителей (законных представителей) обучающихся, нуждающихся в длительном лечении, а также детей-инвалидов в части организации обучения по основным общеобразовательным программам на дому или в медицинских организациях определяется нормативным правовым актом уполномоченного органа государственной власти субъекта Российской Федерации.

Минздравом России пересмотрен перечень заболеваний, наличие которых дает право детям на обучение на дому по основным общеобразовательным программам. Он утвержден приказом Минздрава России от 30 июня 2016 г. № 436-н. В перечень внесены 60 групп наиболее часто встречающихся заболеваний у детей с указанием течения заболевания, препятствующих получению образования в условиях образовательной организации (см. *Приложение № 3*).

Вместе с тем, врачебная комиссия медицинской организации, в которой наблюдается ребенок, может принять решение о наличии медицинских показаний у ребенка для обучения по основным общеобразовательным программам на дому, исходя из индивидуальных особенностей состояния здоровья вне зависимости от того, внесено заболевание или нет в указанный перечень (письмо Минздрава России от 14.09.2016 г. № 15-3/10/2-5810).

РАЗДЕЛ 2

ОБУЧЕНИЕ ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ В УСЛОВИЯХ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ШКОЛЫ

2.1. Алгоритм организации мероприятий психолого-педагогической реабилитации и абилитации ребенка-инвалида в общеобразовательной школе

1. Родители (законные представители) предъявляют в образовательную организацию справку, подтверждающую факт установления инвалидности и индивидуальную программу реабилитации или абилитации ребенка-инвалида (далее – ИПРА ребенка-инвалида), выданные федеральным государственным учреждением медико-социальной экспертизы.

2. Администрация образовательной организации берет с родителей (законных представителей) заявление о их согласии (несогласии) на реализацию мероприятий по психолого-педагогической реабилитации или абилитации в соответствии с отметкой о нуждаемости в этих мероприятиях в ИПРА ребенка-инвалида (Приказ Министерства труда и социальной защиты РФ от 13 июня 2017 г. № 486н "Об утверждении Порядка разработки и реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалида, индивидуальной программы реабилитации или абилитации ребенка-

инвалида, выдаваемых федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы, и их форм" – таблица № 5).

Таблица № 5

Мероприятия по психолого-педагогической реабилитации и абилитации

Заключение о нуждаемости (ненуждаемости) в проведении мероприятий по психолого-педагогической реабилитации или абилитации	Срок, в течение которого рекомендовано проведение реабилитационных или абилитационных мероприятий	Исполнитель заключения о нуждаемости (ненуждаемости) в проведении мероприятий по психолого-педагогической реабилитации или абилитации
Рекомендации по условиям организации обучения		
Нуждается		
Не нуждается		

3. Разработка ИПРА ребенка-инвалида в части мероприятий по психолого-педагогической реабилитации или абилитации осуществляется с учетом заключения психолого-медико-педагогической комиссии о результатах проведенного обследования ребенка (Приказ № 486н, п. 6.).

4. Образовательная организация в трехдневный срок с даты поступления заявления организует работу по реализации данных мероприятий. Срок исполнения реабилитационных или абилитационных мероприятий не должен превышать срок, в течение которого рекомендовано проведение реабилитационных или абилитационных мероприятий (Приказ № 486н, п. 18).

5. Образовательная организация осуществляет разработку перечня мероприятий по реализации ИПРА, обеспечивая последовательность, комплексность и непрерывность в осуществлении реабилитационных или абилитационных мероприятий, динамическое наблюдение и контроль за эффективностью проведенных мероприятий.

6. Форма информации об исполнении мероприятий по психолого-педагогической реабилитации или абилитации определяется Приказом Министерства труда и социальной защиты РФ от 15 октября 2015 г. № 723н «Об утверждении формы и Порядка предоставления органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации, органами местного самоуправления и организациями независимо от их организационно-правовых форм информации об исполнении возложенных на них индивидуальной программой реабилитации или абилитации инвалида и индивидуальной программой реабилитации или абилитации ребенка-инвалида мероприятий в федеральные государственные учреждения медико-социальной экспертизы».

Таблица № 6

**Данные об исполнении мероприятий, возложенных ИПРА
ребенка-инвалида на орган исполнительной власти субъекта Российской
Федерации в сфере образования (Приказ № 723н, п. 2.3)**

Наименование мероприятия	Исполнитель мероприятия	Дата исполнения мероприятия	Результат выполнения мероприятия (выполнено/не выполнено)
Условия по организации обучения			
Общеобразовательная программа			
Адаптированная основная образовательная программа			
Специальные педагогические условия для получения образования			
Психолого-педагогическая помощь			
Психолого-педагогическое консультирование инвалида и его семьи			
Педагогическая коррекция			
Психолого-педагогическое сопровождение учебного процесса			

7. В тех случаях, когда категория «ребенок-инвалид» установлена по нозологическим группам, соответствующим статусу «обучающийся с ограниченными возможностями здоровья» (см. таблицу № 1), для обучающихся разрабатывается адаптированная основная образовательная программа и создаются специальные педагогические условия для получения образования. Заключение о нуждаемости в проведении мероприятий по психолого-педагогической реабилитации или абилитации вносится на основании заключения психолого-медико-педагогической комиссии. В иных случаях обучающиеся осваивают общеобразовательную программу.

8. При организации учебного процесса для ребенка-инвалида образовательная организация учитывает медицинские показания и противопоказания при проведении занятий по физической культуре и адаптивной физической культуре (см. *Приложение № 2*).

9. Выписки из ИПРА детей-инвалидов в электронном виде (по защищенному каналу) передаются из Бюро МСЭ в Государственное бюджетное учреждение Свердловской области «Центр психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи «Ресурс» для учета детей-инвалидов, прошедших освидетельствование в Бюро МСЭ, для проведения мониторинга выполнения мероприятий по реабилитации и абилитации детей-инвалидов в образовательных организациях Свердловской области и направления информации в Бюро МСЭ об исполнении ИПРА ребенка-инвалида по форме и в сроки, установленные приказом Минтруда России № 723н.

10. Информация об организации деятельности по реализации ИПРА ребенка-инвалида размещена на сайте ГБУ СО ЦППМСП «Ресурс»: <http://www.центр-ресурс.рф>, в разделе «Центральная психолого-медико-педагогическая комиссия и деятельность территориальных ПМПК».

2.2. Психологические особенности детей-инвалидов, имеющих соматические заболевания

Физически здоровые и крепкие дети чаще спокойны, жизнерадостны, легче приспосабливаются к школе. Это естественно. Крепкий и здоровый ребенок реже испытывает неприятные, болезненные ощущения, реже болеет, а значит, и более приспособлен к трудностям, более уверен в себе. Такого ребенка и воспитывают спокойно, поскольку его физическое состояние не вызывает опасений.

У ребенка-инвалида все по-иному. Болезненное состояние угнетающе воздействует как на ребенка, так и на его родителей. Кроме болезненных ощущений, ребенок испытывает чувство психофизического дискомфорта. Родители нервничают, и их состояние и тревога передаются ребенку. Его раздражает сама необходимость лечения, которая превращается в психическую травматизацию. Ребенок-инвалид становится плаксивым, капризным, возбудимым, раздражительным. Процесс и результаты социализации наряду с общими имеют особые, специфические, характерные черты и рожденные ими проблемы. Подрастая и оставаясь слабым и болезненным, ребенок-инвалид мало общается со сверстниками, поскольку те его часто не принимают. Он зачастую сам избегает сверстников, испытывая страх. Бывает, что он, напротив, стремится в их среду, но делает это конфликтно. То и другое деформирует складывающуюся личность. Ребенок-инвалид может испытывать чувство бессилия, психологически противоестественное для ребенка. Детство – это жизнерадостность и бьющая через край энергия. А ребенок-инвалид во многих случаях не может смириться со своей слабостью. Это серьезный кризис для него.

Ребенку-инвалиду грозит и тревожно-мнительное воспитание. Ребенок с возрастом может потерять статус «ребенок-инвалид», а последствия тревожного отношения родителей к его болезненности останутся на всю жизнь.

Болезнь всегда сопровождается вегетативной дистонией, часто с гипотонией, интоксикацией нервной системы и других систем организма. Ребенок становится нервным, ранимым, обидчивым, быстро устает. Ослабленный ребенок требователен, часто не знает, чего он хочет, и своим поведением раздражает взрослых, сверстников, создавая конфликтные ситуации из ничего. Он особенно чувствителен к конфликту, неспособен его адекватно изжить, склонен к его раздуванию. Он острее воспринимает несправедливость со стороны близких: даже их обычные замечания и требования выводят его из себя, вызывают психотравмирующие переживания.

Дети-инвалиды с тяжёлыми соматическими заболеваниями имеют свои психофизические особенности.

1. Трудности в освоении образовательной программы из-за пропусков учебных дней по болезни.

2. Особенности протекания психических процессов, обусловленные приемом медицинских препаратов.

3. Астенический синдром (повышенная утомляемость, раздражительность и неустойчивое настроение, сочетающееся с вегетативными симптомами и нарушением сна, метеозависимость). Астения может быть физической или психической. При соматических заболеваниях у детей наиболее часто наблюдается смешанная физическая и психическая астения, обычно с преобладанием последней.

4. Депрессивные синдромы (могут скрываться за детскими капризами, соматическими, поведенческими, и кратковременными интеллектуальными нарушениями).

5. Психоорганический синдром (снижение памяти и интеллектуальной продуктивности, инертность психических процессов, особенно интеллектуальных, трудность переключения активного внимания и его узость; разнообразные аффективные нарушения).

б. Психогенные патологические формирования личности: патохарактерологическое развитие личности (истероидный – “кумир семьи” и неустойчивый варианты “оранжерейного воспитания”) и дефицитарный тип патологического формирования личности, в виде реакции личности на осознание дефекта, физической неполноценности, социальная изоляция от сверстников (формируется у детей с хроническими инвалидизирующими заболеваниями – пороки сердца, хронические пневмонии, тяжелые формы бронхиальной астмы, онкологические заболевания и др.).

Дети, страдающие разными видами хронических соматических заболеваний, проявляют своеобразие в личностном развитии. Наличие соматического заболевания у ребенка создает своеобразную социальную ситуацию развития. Формирование внутренней картины болезни специфично для конкретного заболевания.

При формировании внутренней картины болезни отмечаются определенные сензитивные периоды осознания заболевания, имеющие различную возрастную отнесенность при различных заболеваниях. Эти периоды совпадают с кризисом осознания болезни, а у детей сопровождаются различного рода трудностями в личностном развитии.

В психологических исследованиях разных авторов (Николаева В. В., 1987; Соколова Е. Т., 1995; Горячева Т. Г., 1995; Коваленко Н. А., 1998 и др.) показано, что наличие соматических расстройств изменяет нормальный ход личностного развития ребенка. Д.Н. Исаев (1993) отмечал, что представления ребенка об окружающем мире и, в частности, о болезни отражают мировоззрение родителей. В еще большей мере это относится к чувствам. Переживания родителей чаще всего вызывают у больных детей аналогичные чувства, которые ложатся в основу внутренней картины болезни. Заболевание ребенка в подавляющем большинстве случаев переживается семьей как исключительное событие. В такой ситуации ребенок оберегается от реальных и

выдуманных опасностей и трудностей. В этих случаях изнеживающее эгоистическое воспитание сочетается с избыточной озабоченностью и опасениями относительно будущего ребенка. Нередко, лишая ребенка активности и инициативы, родители усугубляют его незащищенность, неприспособленность к реальной жизни, хотя при этом крайне тревожатся о его благополучии.

Р.А. Лурия (1944) предложил рассматривать внешнюю и внутреннюю картину болезни. Внутренняя картина болезни считается лишь частным случаем внутренней картины здоровья (В. Е. Каган, 1986). Без знаний о том, как относится ребенок к своему здоровью, то есть без понимания его внутренней картины здоровья невозможно понять внутреннюю картину болезни. Представление о своем соматическом состоянии отражается в различных формах отношения человека к своему здоровью. В одних случаях – это пренебрежение, в других – повышенное внимание, в третьих – адекватное к нему отношение.

Для ребенка здоровье приобретает смысл тогда, когда он начинает понимать его значение для эффективного выполнения той или иной деятельности в игре или учебе. В создании внутренней картины здоровья принимает участие вся личность в целом. Чем сложнее психическая жизнь, многообразнее мотивы деятельности, тем большее значение для ребенка имеет его физическое состояние.

2.3. Дети с сердечно-сосудистыми заболеваниями

Детская кардиология включает в себя большое количество различных заболеваний, в основе которых лежит преимущественное поражение сердца и (или) сосудов. К инвалидности в детском возрасте приводят:

- врожденные заболевания сердца и сосудов;
- хроническая патология (приобретенные пороки сердца).

Сердце и кровеносные сосуды обеспечивают поступление во все ткани и органы артериальной крови богатой кислородом и питательными веществами, а венозная кровь, наоборот, забирает из тканей продукты обмена и углекислый газ. В большинстве случаев степень нарушений функций организма при заболеваниях сердечно-сосудистой системы определяется степенью недостаточности кровообращения. Недостаточность кровообращения – патологическое состояние, заключающееся в неспособности системы кровообращения доставлять органам и тканям кровь в количестве, необходимом для их нормального функционирования. Заболевания сердечно-сосудистой системы у детей встречаются часто. Кто-то уже рождается с ними, у других нарушения развиваются в течение жизни из-за инфекционных болезней, неблагоприятных факторов или наследственности. Врожденные заболевания сердечно-сосудистой системы обычно диагностируются в раннем возрасте. Приобретенные заболевания сердца и сосудов могут возникнуть в любом возрасте ребенка, вследствие тех или иных неблагоприятных воздействий на его организм, в том числе у детей, занимающихся спортом.

Нарушения сердечного ритма (аритмии) представляют группу часто встречаемых заболеваний сердца у детей. Большинство из них не представляют опасности, а многие наблюдаются и у здоровых детей при различных физиологических состояниях. Например, тахикардия возникает при ярких эмоциональных переживаниях и при физической нагрузке, а брадикардия может проявиться во сне. Но есть и опасные аритмии, с лечением которых нельзя затягивать. С целью своевременного выявления нарушений сердечного ритма всем детям при диспансерном обследовании проводят ЭКГ, так как многие аритмии клинически впервые проявляются ситуациями, угрожающими жизни детей. ЭКГ сердца поможет выявить аритмии. Аритмия – нарушение работы сердца, которое выражается в изменении частоты сердечных сокращений или в нарушении их последовательности или силы. Сердечный

ритм становится неровным, неправильным. Это может быть связано с временными проблемами (нервной перегрузкой), а может и появиться на фоне воспаления сердечной мышцы. Чаще всего встречаются такие нарушения сердечного ритма, как тахикардия, брадикардия, экстрасистолия.

Тахикардия – это учащенное сердцебиение, которое дети зачастую не чувствуют, а значит, оно долгое время может себя не проявлять, но в любом случае очевидны именно те микросимптомы нарушения самочувствия ребенка. Другое дело – пароксизмальная тахикардия, которая характеризуется острыми приступами учащенного сердцебиения продолжительностью от нескольких минут до нескольких часов. Их не заметить уже невозможно. В начале приступа ребенок жалуется на неприятные ощущения в груди, слабость, головокружение, тошноту, рвоту. Становится вялым или, наоборот, возбужденным, появляется холодный пот, может случиться обморок. Такие состояния требуют экстренной медицинской помощи, обследования и последующего систематического наблюдения врачом-кардиологом.

Брадикардия проявляется постоянной или приступообразной слабостью, головокружением, утомляемостью, сонливостью, возможны обмороки. Брадикардия может наблюдаться во время сна или у детей, активно занимающихся спортом.

Артериальная гипертензия. С этим заболеванием приходится сталкиваться детям подросткового возраста. У малышей артериальная гипертензия редко встречается. Причины детской артериальной гипертензии кроются во врожденных пороках сердца и сосудов (повышенное давление в этих случаях наблюдается и у малышей); тромбозе и стенозе почечных артерий, Помимо скачков давления у подростков часто наблюдается вегетососудистая дистония. Эта патология не опасная, но за ее неприятными симптомами можно проследить развитие нарушений со стороны сердца.

Ревматизм – распространенное, инфекционно-аллергическое, сердечное заболевание. Оно поражает различные системы и органы, наиболее серьезно затрагивает именно сердце. Ребенок может заболеть им после перенесенной стрептококковой инфекции – ангины, обострения хронического тонзиллита. Любые симптомы после инфекции (повышенная температура, слабость, потливость, утомляемость, боли и отечность суставов, неприятные ощущения в области сердца, одышка) не должны остаться без внимания, своевременно выявленный и пролеченный в острой стадии ревматизм – гарантия отсутствия серьезных проблем с сердцем в будущем.

Начиная с 10-12 лет, у детей с патологией сердца и сосудов начинают обнаруживаться такие проявления: повышенная утомляемость при умственной нагрузке, нарушения активного внимания, рассеянность, забывчивость, нередко выявляются изменения личности (в виде неуверенности в себе, пониженной самооценки), нарастают вегетативные расстройства (склонность к головокружениям, обморокам, повышенной лабильности вазомоторов).

Начало обучения в школе, предъявляющее новые требования, повышение нагрузки на интеллектуальную сферу, смена привычного жизненного стереотипа, связанная с ним, у большинства детей с астеническими состояниями, обусловленными имеющимся пороком сердца, вызывает кратковременную или более затяжную декомпенсацию нервно-психического состояния. Это проявляется в повышении утомляемости, истощаемости, двигательной расторможенности, усилении невротоподобных расстройств, в частности в ухудшении сна с появлением сногворения, иногда – снохождения.

Диспансеризация осуществляется в поликлинике кардиологом и участковым терапевтом. Инструкция требует проведения обследования таким детям дважды в год. В зависимости от вида патологии и степени сердечно-сосудистой недостаточности, диспансерное наблюдение может осуществляться чаще. По возможности всем детям с болезнями сердечно-сосудистой системы

нужно проходить санаторно-курортное лечение дважды в год. Болезни сердца и сосудов у детей – серьезные патологии, требующие незамедлительного лечения. В случае неопасных нарушений необходимо регулярное наблюдение и обследование, чтобы вовремя заметить ухудшение ситуации.

Если ребёнок имеет врожденную патологию, по поводу которой он был прооперирован, если он вынужден использовать кардиостимулятор и тому подобное – ограничения неизбежны. Если у ребенка ревматическое поражение организма, то на довольно продолжительное время ему требуется снижение как физических, так и интеллектуальных нагрузок. Если же у школьника отмечены нарушения сердечного ритма, большой спорт ему противопоказан.

Однако занятия лечебной физкультурой, секции общей физической подготовки, лечебная гимнастика – это то, что необходимо. Уроки физкультуры в большинстве случаев не противопоказаны, при условии адекватных состоянию нагрузках (под контролем преподавателя, по рекомендациям врача).

Профилактика сердечных заболеваний фактически сводится к здоровому образу жизни. Ребёнок не имеет избыточного веса, правильно питается, много двигается, соблюдает режим дня, закаляется. Хороший иммунитет – прекрасная защита от инфекционного поражения сердца, а физическая активность – лучший способ укрепить всю сердечно-сосудистую систему. Разумеется, актуальным является правильное лечение вирусных и инфекционных заболеваний, а также отсутствие осложнений после болезни.

Целью психолого-педагогической реабилитации является получение общего образования в общеобразовательной школе с использованием общеобразовательной программы по очной форме, режим занятий соответствует классу обучения, объем изучаемого материала может снижаться. При длительном лечении ребенок может обучаться, в том числе в медицинской организации или на дому.

Рекомендуется проведение психолого-педагогической коррекции: формирование образовательных и социально-бытовых навыков, навыков самообслуживания, проведения досуга и др., по возможности самостоятельно с помощью технических средств реабилитации, навыков взаимоотношений в детском коллективе, в семье. При проведении профориентационной работы с ребенком, подборе профессии для обучения и дальнейшего трудоустройства учитываются факторы противопоказанные и доступные по состоянию здоровья.

В программу социальной реабилитации входят мероприятия, ориентированные на индивидуальную потребность ребенка, информирование и консультирование семьи ребенка об особенностях режима его жизни, ухода за ним и воспитания и др.

Психологическая реабилитация: при помощи психологических методик необходимо сформировать адекватное отношение ребенка к болезни, дать ему подготовку в необходимом объеме, сориентировать на восстановление здоровья собственными тренировочными усилиями, восстановление утраченных функций и способности к обучению

Если у ребенка замечены какие-либо отклонения в самочувствии и состоянии (нарушение сна, аппетита, изменение веса в сторону снижения или избыточности, повышенная утомляемость, плохая переносимость физических нагрузок, выраженная метеочувствительность, одышка, головные боли, головокружение, обмороки, изменение цвета кожи и слизистых, боли в области сердца, а также впервые выявленный шум в области сердца) – это повод обследовать его на предмет состояния сердечно-сосудистой системы.

По результатам обследования врач-кардиолог дает индивидуальные рекомендации по режиму, питанию, физическим нагрузкам, при необходимости назначено лечение с последующим динамическим наблюдением и коррекцией назначений. С профилактической целью рекомендуется проводить обследование сердца ребенка в значимые для детского организма периоды –

при оформлении в детское дошкольное учреждение (2-3 года); при оформлении в школу (6-7 лет), в период полового созревания (13-15 лет), а также при планировании занятий спортом и уже занимающимся в спортивных секциях детям. Такой профилактический скрининг позволяет выявить индивидуальные особенности строения и работы сердца, когда еще никаких клинических проявлений нет и при соответствующих рекомендациях врача их может и не быть.

Многие заболевания сердечно-сосудистой системы могут длительное время протекать в скрытой форме и дать о себе знать только в школьном возрасте ребенка. Но есть ряд признаков, на которые педагогам и родителям нужно обращать особое внимание. Если у ребенка проблемы с сердцем, он будет уставать гораздо быстрее, чем его сверстники. Это можно увидеть во время активных игр, а также на уроках физкультуры. Если вы заметили это один раз, то повода для беспокойства нет. Но если быстрая утомляемость проявляется регулярно – это серьезный повод обратиться к кардиологу. Если у ребенка случаются обмороки после того, как он резко изменил позу или просто побегал, стоит обратиться за медицинской помощью.

Одышка – один из первых признаков развития сердечной недостаточности. Она может или появляться только при физической нагрузке, или быть постоянной. Если после небольших физических нагрузок у ребенка появляется одышка, его пульс часто учащенный, жалуется на боль в области грудной кости, стоит показать его врачу. Боли в области сердца (кардиалгии) могут возникнуть при нарушениях кровообращения в сердечной мышце, при воспалении перикарда (перикардитах). Кардиалгии часто отмечаются у детей с неустойчивой нервной системой без каких-либо сердечных заболеваний.

Требуется соблюдать режимные моменты, диету. Необходимо тщательно следить за общим состоянием здоровья, питанием ребенка-инвалида, распорядком дня, а также физической и эмоциональной нагрузкой. Для

ребенка-инвалида нужно составить строгий режим труда и отдыха, не допускающий длительных и тяжелых физических нагрузок. Однако, полностью исключать физическую активность не следует, так как это приведет к резкому ослаблению сердечной мышцы. Также нужно ограничить психоэмоциональные нагрузки. Немаловажное значение имеет диета, богатая полноценными белками, свежими фруктами и овощами, в которых содержится калий и магний.

Деятельность сердечно-сосудистой системы детей напрямую зависит от их эмоционального статуса, так как регулируется гормонами и нейронными связями. Нужно заботиться не только о непосредственном состоянии детей, но и оберегать их от переживаний.

2.4. Дети с бронхиальной астмой

Астма – это хроническое заболевание дыхательных путей, которое вызвано воспалительным процессом. Главным симптомом этого заболевания является приступ удушья, которому предшествует приступообразный кашель, свистящее, затрудненное дыхание, стеснение в груди. Приступ может возникнуть в результате нервного стресса, физической нагрузки, холодного воздуха, резких запахов, контакта с аллергеном (шерсть животных, пыльца растений и т. д.), Приступы удушья приводят к недостатку кислорода в головном мозге, у детей снижается работоспособность. При тяжелых приступах можно услышать характерный свист.

Наиболее распространенные причины астмы – аллергия и частые инфекционные заболевания. Не исключен и вариант наследственной предрасположенности. Огромное влияние оказывает окружающая среда: большое количество выхлопных газов, нахождение в прокуренном помещении или рядом с курящими взрослыми, использование бытовой химии. А так же влияет непосредственный контакт с сильными аллергенами: шерсть, пыльца растений, пыль, пища, холодный воздух.

Для бронхиальной астмы характерны следующие степени.

Легкая эпизодическая степень. Приступы у детей возникают один раз в неделю или реже, в ночное время – не чаще 2 раз в месяц. По времени они короткие и не мешают в повседневной жизни. Приступы могут происходить от одного раза в день до одного раза в неделю, в ночное время – чаще двух раз в месяц. Обострение заболевания мешает вести привычный образ жизни, уменьшает физическую активность детей, прерывает сон.

Средняя степень. Приступы происходят с регулярностью в 1-2 дня, ночью, чаще одного раза в неделю.

Тяжелая степень. Приступы беспокоят ребенка-астматика каждый день. В ночное время – с периодичностью один раз в несколько дней, резко ограничивая физическую активность.

Педагогам необходимо обращать внимание на следующее. Типичному приступу предшествует период предвестников, продолжающийся от нескольких часов до 2-3 суток и более, четко выявляемый при повторных приступах. Он характеризуется появлением беспокойства и раздражительности, нарушениями сна, возбуждением, а иногда – слабостью, сонливостью, угнетением. Некоторые дети испуганы, говорят шепотом, втягивают голову в плечи. Другие – эйфоричны, громко смеются, поют. Типичны вегетативные расстройства: бледность или покраснение лица, потливость, блеск глаз, расширение зрачков, тахикардия с дыхательной аритмией, головная боль, нередко тошнота или рвота, боли в животе. У многих детей наблюдаются слезотечение, ринит, зуд в носу и другие признаки. На фоне расстройств деятельности ЦНС и вегетативного ее отдела появляются признаки дыхательного дискомфорта, а также заложенность носа, чихание. Затем появляется мучительный приступообразный кашель, свистящие хрипы, которые постепенно становятся слышными на расстоянии и, наконец, одышка с затрудненным выдохом.

Наличие инвалидности по бронхиальной астме затрудняет обучение ребенка. Астма – это серьезное заболевание, которое проявляется в виде приступов одышки и затруднения дыхания. Приступ астмы чаще начинается ночью или в 4-6 часов утра. Во время приступа ребенок испытывает острую тяжёлую нехватку воздуха, он дышит, задыхаясь. При этом, в первую очередь, затрудняется и выдох, который становится громким, отчётливо слышимым. Из-за таких приступов, случающихся у детей в ночное время, может нарушаться сон. Не выспавшемуся ребёнку гораздо сложнее сосредоточиться на занятиях, он хуже воспринимает информацию. Нарушения сна влияют на успеваемость детей в школе.

Что необходимо делать педагогу во время приступа бронхиальной астмы у ребёнка? Не следует пугаться и поддаваться панике; следует срочно вызвать медицинского работника; у каждого больного астмой имеется карманный баллончик – ингалятор, в котором находится дозированный аэрозоль, он и должен быть использован в период приступа. Очень важно правильно пользоваться аэрозолем, иначе ингаляция не поможет; ребенок должен сидеть или стоять, сделать глубокий спокойный выдох через сомкнутые губы, затем обхватить мундштук ингалятора губами и, слегка запрокинув голову, начать делать вдох и, нажимая на баллончик. Продолжать вдыхать глубоко, насколько это возможно, на высоте вдоха задержать дыхание. Затем спокойно выдохнуть. При необходимости повторить ингаляцию; рекомендуется чередовать ингаляции с питьем горячей жидкости (чая или воды); после ингаляции выполнить упражнения дыхательной гимнастики – делая неглубокие вдохи через сомкнутые губы. Для таких детей очень важно соблюдение требований школьной гигиены. В классе не должны стоять цветущие комнатные растения. Обязательна ежедневная влажная уборка класса, наличие сменной обуви у детей. Педагог не должен допускать психотравмирующих ситуаций.

Ребенок-астматик должен как можно чаще бывать на улице. Исключение составляет период цветения деревьев и растений. Пыльца – мощный аллерген для астматиков. Регулярно принимать назначенные врачом препараты в периоды ремиссии. Следить, чтобы у ребенка всегда при себе был ингалятор с бронхорасширяющими препаратами. Необходимо поставить в известность всех, с кем ребенок имеет дело: воспитателей, учителей, педагогов дополнительного образования. Педагоги должны знать об этой детской болезни, так как приступ может возникнуть на фоне эмоционального переживания или стресса.

Родителям ребенка с бронхиальной астмой необходим постоянный контакт с педагогами школы, чтобы знать, как ребенок чувствует себя во время уроков. Педагоги должны иметь информацию о том, какие лекарства он принимает, как эти лекарства следует принимать, и какие возможны побочные действия. Объясните, как ребенок должен вести себя во время приступа.

В классных комнатах не должно быть пыли, плесени или запахов, например от клея или красок. Находящиеся в классе хомячки, морские свинки и другие животные также могут создавать проблемы. Педагоги должны связаться с родителями, если у ребенка возникают трудности с концентрацией внимания, или если он не может выполнять задания. Необходимо оперативно реагировать на любое ухудшение успеваемости. В этом могут быть повинны симптомы астмы или лекарства от нее.

По окончании приступа дети могут чувствовать себя по-разному, многие дети чувствуют себя как обычно, играют, занимаются обычными делами, и ничем не выдают приступа накануне, а некоторым необходим еще период реабилитации. У них может сохраняться кашель с мокротой, при сильных эмоциях или нагрузках, беге или криках кашель может резко усиливаться. После приступа стоит немного ограничивать активность ребенка – меньше бегать, играть в активные игры, сильно не переживать и не нервничать.

Подростковый возраст у детей с бронхиальной астмой. Наступление подросткового возраста – особенно трудное время для родителей ребенка, больного астмой. Подросток отстаивает свою независимость. Он не хочет, чтобы его воспринимали как больного в каком бы то ни было отношении, не хочет ограничивать свои физические нагрузки, не хочет зависеть от аэрозолей и всего прочего, что сопровождает астму. Кроме того, подростка чрезвычайно заботит, какое впечатление он производит на окружающих, что очень затрудняет жизнь той небольшой части детей, которые вследствие тяжелой астмы отстают в физическом развитии. Это время вызова авторитету родителей. Серьезной проблемой может стать нежелание выполнять указания врача – принимать вовремя лекарства и следовать другим рекомендациям. Беспокойство родителей по этому поводу, вполне объяснимо. Не улучшает положения и то, что подростковый возраст может быть временем эмоциональных потрясений и, как следствие, напряжения и тревоги, которые могут провоцировать приступы астмы и ухудшать у некоторых подростков течение болезни. Чем яснее ребенок понимает суть своего состояния, необходимость лечения, тем вероятнее, что он будет лечиться как надо.

Для занятий спортом при бронхиальной астме существуют ограничения. Для занятий плаванием обязательным условием является не хлорированная вода. Правила, при занятиях спортом: наличие противоастматического препарата или ингалятора; пить воду до тренировки и после; начинать занятия спортом после приема лекарств; хорошо размяться перед основной тренировкой; не делать резких движений, избегать чрезмерных нагрузок.

Чтобы спортивные занятия приносили пользу важно придерживаться некоторых правил: главное условие – заниматься следует только после консультации с лечащим врачом, при контролируемом течении процесса и обязательно на фоне медикаментозной терапии; интенсивность нагрузки должна увеличиваться постепенно, под руководством тренера. При

возникновении одышки, приступообразного кашля, дискомфорта при дыхании тренировку необходимо прервать и со следующего занятия вернуться к прежним нормам; необходимо следить за дыханием на протяжении всего процесса тренировки. Оно должно быть правильным, ровным.

Обучающиеся с бронхиальной астмой всегда должны иметь при себе ингалятор; не стоит тренироваться в пыльных, душных помещениях. Большое значение имеет уровень влажности – вдыхание сухого воздуха вызывает рефлекторный спазм. Какому виду спорта отдать предпочтение? Важность спорта для больных астматиков неопределима. Многочисленные исследования подтвердили – тренировки способствуют стабилизации состояния и даже уменьшают количество потребляемых медикаментов. Тем более, что перечень «разрешенных» видов спорта довольно широк. Особенно полезны для пациентов с бронхиальной астмой занятия, способствующие укреплению плечевого пояса и диафрагмы. Акваэробика, плавание – хороший способ тренировки дыхательных мышц, который повышает иммунитет. Можно заниматься большим теннисом, греблей, восточными единоборствами. Не менее действенны групповые виды спорта – волейбол, баскетбол, футбол. При желании заниматься в тренажерном зале, ограничивать себя нет необходимости.

Не рекомендуется заниматься тяжелыми видами спорта, а также тренировками, требующими значительных усилий, например, бегом на значительные расстояния, поднятием тяжестей, гимнастическими упражнениями на турнике и кольцах. Лучше избегать зимних видов спорта (лыж, биатлона, фигурного катания, хоккея), т.к. морозный воздух у многих астматиков провоцирует сужение бронхов. Противопоказаны упражнения, предполагающие длительную задержку дыхания.

2.5. Дети с эпилепсией

Эпилепсия – это хроническое заболевание головного мозга, характеризующееся повторными приступами, которые возникают в результате чрезмерной нейронной активности и сопровождаются различными клиническими и параклиническими проявлениями. Среди существующих психических проблем у людей с эпилепсией преобладают снижение интеллекта и нарушение поведения. Следует отметить, что длительное лечение некоторыми противоэпилептическими препаратами оказывает определенное влияние на темперамент человека, в результате которого его характер становится более медлительным, а в итоге нарушается концентрация внимания и память. Дети, получающие лечение, часто выглядят заторможенными и вялыми. При некоторых формах эпилепсии у детей может возникнуть деменция – приобретенный интеллектуальный дефект.

Эпилепсия может иметь несколько вариантов развития:

- благоприятный (припадки происходят редко, выраженные изменения в психике отсутствуют, дети сохраняют возможность к обучению в условиях общеобразовательной школы);
- неблагоприятный (припадки достаточно часты, вследствие чего возникают изменения в эмоционально-волевой сфере при сохранении интеллекта, благодаря чему дети сохраняют способность к обучению в общеобразовательной школе при условии индивидуального подхода);
- тяжелый (припадки довольно часты, интеллект снижен, нарушения эмоционально-волевой сферы, обучение в условиях коррекционной школы);
- эпилептическая деменция (вследствие частых припадков изменения в психике носят грубый характер, дети обучаются по СИПР).

Для детей с эпи-синдромом характерны следующие психологические особенности.

1. Изменение характера. В начале заболевания дети становятся чрезмерно сентиментальными, утрируется проявление чувств. Но при этом у них начинают появляться злопамятность и подозрительность. Так же появляются или становятся более гротескными такие составляющие, как агрессивность, эгоцентризм, подобострастие, жестокость, эгоизм. Характерен чрезмерный педантизм в отношении порядка и сверхзабота о своем здоровье. Социальный опыт сужается.

2. Моторные особенности. Движение и мимика замедлены.

3. Развитие интеллекта. Мышление замедленное, вязкое. Уровень интеллектуальных возможностей с развитием болезни деформируется. Вначале снижаются способности к анализу, синтезу, осмыслению новых задач. На более поздних этапах распадаются смысловые связи и родовые понятия. Наблюдаются тенденция к конкретизации, направленность на излишние подробности, склонность к детализации.

4. Уровень развития речи. Речь тягучая, замедленная, наполненная персеверацией (повторение одних и тех же слов, фраз). Ответы носят формальный характер.

5. Особенности обучения. Ребенок периодически находится то в состоянии повышенной возбудимости, то относительного прекращения припадков. В первом случае он теряет интерес к учебе и не поддается педагогическому воздействию, во втором – усидчивость повышается, и он может включиться в учебный процесс при условии осуществления индивидуального подхода

Трудности в обучении наблюдаются у многих детей с эпилепсией. Проблемы в чтении такие дети испытывают в 3-4 раза чаще, да и в математике, особенно в старших классах, неуспеваемость у них в порядке вещей. Тип припадков и их частота, локализация фокуса и побочные действия фармакотерапии – все это влияет на обучение. Надо также принимать во

внимание негативные последствия припадков эпилепсии, которые случаются в школе, психические реакции ребенка на них. При эпилепсии, независимо от типа припадков, часто происходит ухудшение внимания, особенно при решении визуальных задач. Частые припадки негативно влияют на когнитивный уровень. При дневных припадках кратковременная память и абстрактное мышление ухудшаются, появляется апатия. Ночные припадки влияют, прежде всего, на речевые функции и память.

У детей с эпилепсией наблюдаются особенности протекания высших психических процессов. В период между приступами больные дети могут иметь хорошее и устойчивое внимание. Однако они могут делать большое количество пропусков при осуществлении различных видов деятельности, например в корректурных пробах, при письме, чтении, вышивании и т. д. Такие пропуски могут быть различными по протяженности: от нескольких букв, цифр до нескольких строк. Внимание также характеризуется очень слабой переключаемостью. Инертность, характерная для внимания таких детей, проявляется в их обязательном стремлении закончить начатую деятельность. Одним из основных расстройств при эпилепсии является нарушение памяти. У детей отмечается расстройство процесса сохранения запоминаемого материала. Дети забывают прочитанное или услышанное на уроке. Иногда они даже не могут вспомнить сам факт того, что была дана инструкция на запоминание.

Среди речевых расстройств наиболее часто встречаются олигофазии, при которых замедляется темп речи, ребенок забывает нужные слова и часто останавливается, чтобы их подыскать. Возможно забывание каких-то отдельных частей речи (только глаголов или только существительных). Дети могут также прибегать к помощи жестов и эмоциональных восклицаний в случае подбора нужного слова.

Особенности мышления детей с эпилепсией выражаются в замедленности, инертности протекания мыслительных процессов. Это

объясняется насыщенностью мыслительных операций конкетными образами и трудностями, возникающими при их оперировании. Детям недоступен отвлеченный смысл пословиц и поговорок, и они легко «соскальзывают» на конкретное объяснение, некоторые больные дети затрудняются также и в нахождении сходства-различия между предметами, в подборе аналогий. Работая с наглядным материалом, дети демонстрируют большую продуктивность и успешность в выполнении заданий. Однако и здесь проявляются особенности их психической деятельности. Больные понимают смысл сюжетных картинок, но при объяснении их включают многочисленные подробности и существенные детали. Особые трудности вызывает операция обобщения. Классифицируя предметные картинки, дети дробят материал на множество мелких групп. Если после стимуляции они и объединяют его в большие группы, то такое объединение происходит на уровне житейских понятий, а не смысловых и логических. Процессу обобщения мешает застревание детей на отдельных деталях предметов и «соскальзывание» на второстепенные (а не основные) характеристики, что не позволяет формировать обобщенные представления.

Характеризуя в целом особенности мышления при эпилепсии, следует отметить такие характеристики, как обстоятельность, склонность к повторам, застреваемость, персеверативность, затруднённость обобщений и кратких формулировок. Часто выраженность этих процессов сочетается с общими изменениями личности ребёнка. Следует отметить, что при планировании уроков обучающимся необходимо предоставить время на «приспособление» к заданию. Готовясь к ответу, они просят повторить вопрос, иногда сами его несколько раз повторяют, «соскальзывают» на второстепенные признаки. Это создает картину резонерства, формирующегося на базе инертно протекающих мыслительных процессов. Ответы детей приобретают приблизительный смысл и тонут в многочисленных ненужных деталях. Воображение детей с

эпилепсией, характеризуется бедностью и конкретностью образов. У них вызывает затруднение угадывание образов в незаконченных рисунках или сочинение рассказов на заданные темы. Составление любого рассказа опирается у них на конкретный материал, сохраняемый в памяти.

Эмоционально-волевая сфера детей отличается определенными особенностями: вязкостью, напряженностью и длительностью сохранения негативных переживаний. Эти дети легко ранимы и тяжело переносят свое состояние. Они легко обижаются и не переносят порицаний. Эмоциональной сфере детей с эпилепсией свойственна та же инертность и вязкость, что и другим психическим процессам. Поэтому негативные переживания таких детей прочно закрепляются в сознании и приобретают неадекватные формы. От неудач они становятся раздражительными, сердитыми, а иногда и злобными. В случае обиды дети младшего школьного возраста и подростки могут затаить желание отомстить обидчику. Однако такая особенность, как мстительность, у этих детей может проявиться не открыто, а исподтишка.

У детей с эпилепсией, для которых нехарактерны частые припадки, а психическая деятельность близка к норме, может отсутствовать снижение интеллектуальной деятельности. Эти дети обычно продолжают обучение в массовой школе. Однако и у них наблюдаются некоторые проявления патологического развития психики. Отличительной особенностью таких детей является хорошо развитая речь, изобилующая многочисленными подробностями, вплоть до мельчайших деталей. У этих детей лучше развита зрительная память по сравнению со слуховой. Несмотря на близость к нормативным, мыслительные операции нуждаются в конкретном представлении, а особые трудности может вызывать операция обобщения.

Понижается работоспособность. Ребенок оказывается способным к проявлению активности только в исполнительской деятельности. Характерными становятся личностные нарушения и резкое сужение интересов.

Аффективная сфера поражается в сторону все большего эгоизма, злопамятности и жестокости. Кроме того, снижению успеваемости могут способствовать пониженная самооценка, социальные и культурные факторы, особенности личности и психического здоровья ребенка. Характерными особенностями личностной сферы детей с органическими заболеваниями ЦНС являются: повышенная тревожность, неуверенность в себе, чувство общей напряженности, раздражительности, повышенная психологическая ранимость, сниженная стрессоустойчивость, склонность к страхам и опасениям.

При работе с обучающимися, имеющими эпилепсию, педагогам необходимо учитывать следующее.

1. В деятельности с ребенком-эпилептиком должен быть четкий порядок (алгоритм), работа должна быть продумана в деталях.

2. Если в данный момент у ребенка плохое настроение, его нужно переключить на более простые и легкие задания. В этих случаях можно зависить оценку.

3. Важно оценивать не только результат деятельности, но также позитивное поведение ребенка.

4. Дети с эпилепсией привыкают к ритуалам.

5. Детям нужно давать возможность высказываться, но так, чтобы высказывания не ушли в резонерство.

Дети с эпилепсией медлительны, что часто приводит к проблемам в обучении. Для этого необходимо: не торопить их в процессе занятий; давать дополнительное время для обдумывания вопроса; в случае затруднений задать наводящие, дополнительные, уточняющие вопросы; вовремя подсказать, расчлнить большой вопрос на более мелкие и конкретные; частые повторения, направленные на закрепление пройденного материала; использовать наглядный материал.

О чем следует помнить педагогам, если в классе оказался ребёнок с эпилепсией? Во-первых, педагогам нужно разобраться, что же это за такое заболевание – эпилепсия. Во-вторых, не нужно пугаться. Если ребёнок посещает школу – значит, ему это не противопоказано. Нужно иметь в виду, что лечащий врач предварительно определяет возможность и длительность пребывания ребенка в классе на основе комплексного обследования и с учетом формы эпилепсии, типа и тяжести эпилептических приступов.

Если в классе обучается ребенок с эпилепсией, педагоги должны знать следующее. Как часто и какие у этого ребёнка бывают эпилептические приступы. Как в случае приступа правильно оказать ребёнку первую помощь. В каком режиме ребёнок принимает противоэпилептические препараты, чтобы контролировать приём лекарств в то время, когда он находится в школе. Как в случае необходимости можно связаться с родителями.

Если эпилептический приступ произошёл на глазах у других детей, то не следует акцентировать их внимание на этой ситуации. Нужно постараться максимально облегчить смущение ребёнка, особенно в случае непроизвольного мочеиспускания. В большинстве случаев развернутый приступ продолжается от одной до трех минут и, несмотря на "угрожающий" характер, не оказывает повреждающего действия на головной мозг. Поэтому, как правило, медикаментозная терапия такого кратковременного приступа не проводится.

Если у ребенка возникли судороги, необходимо положить ребенка на спину на кровать или на пол, расстегнуть воротник и освободить от тесной одежды. Изолировать ребенка от любых повреждающих предметов (острые углы и края). Не паниковать, вести себя спокойно. Соблюдать тишину и внимательно наблюдать за течением приступа. Зафиксировать продолжительность приступа по часам. Повернуть голову ребенка набок во избежание аспирации слюны и западения языка. При возникновении рвоты удерживать ребенка в положении на боку. Ни в коем случае нельзя применять

никаких предметов (шпатель, ложка) для разжимания челюстей. Находиться возле ребенка до полного прекращения приступа и не тревожить ребенка после приступа. Если приступ не прекращается через 3-5 минут, вызвать «скорую».

Не нужно напоминать ребёнку о болезни, не нужно обсуждать факт болезни с кем-то при больном ребёнке, не нужно чрезмерной опеки и излишних ограничений. Необходимо всегда помнить, что ребёнок в целом не отличается от других детей, а то, что у него время от времени случаются приступы – это всего лишь одна из его индивидуальных особенностей, которую нужно просто понять и принять.

Если приступы редки, протекают в легкой форме, то отказать в приеме такого ребенка в детский сад (школу) не имеют права. Именно этому ребенку следует посещать обычное образовательное учреждение (детский сад, школу) – для хорошей социальной реабилитации. Если же у ребенка частые приступы, то он вряд ли сможет регулярно посещать занятия – педагоги просто не смогут организовать ему должный уход и внимание. Нужно ли оповещать друзей, педагогов о болезни вашего ребенка? У многих родителей существуют опасения, что знакомые, узнав об эпилепсии, резко изменят свое отношение к вам или вашему ребенку. Однако рассказать о болезни необходимо, прежде всего, для того, чтобы близкие и друзья смогли бы оказать необходимую помощь во время приступа. Педагогам очень важно сообщить о приступах, если есть вероятность появления их в школе.

Можно ли ребенку с эпилепсией заниматься физкультурой? В школе, на уроках физического воспитания, если у ребенка нет приступов, можно под наблюдением учителя заниматься физкультурой, но только после индивидуальной консультации с врачом-эпилептологом.

В каких случаях разрешено посещение бассейна? Для детей с эпилепсией занятия плаванием ограничены в силу их несовместимости с вероятными приступами. Возникновение приступа в воде, безусловно, опасно для жизни, но

следует отметить, что такое случается довольно редко. При допуске к плаванию ребенка с эпилепсией необходимо учитывать следующие моменты: нельзя плавать при частых неконтролируемых приступах, общем недомогании или при предчувствии приступа; не рекомендуется плавание в холодной воде; нельзя прыгать в воду с вышки и нырять; необходимо выбирать спокойное время в бассейне и избегать большого скопления людей и различных праздников на воде; занятия плаванием ребенку с эпилепсией рекомендуется проводить только в паре с взрослым, который владеет приемами спасения на воде.

Опасно ли работать за компьютером на уроках информатики? При правильно подобранном лечении и соблюдении ряда защитных мер можно не лишать ребенка возможности работы за компьютером. При этом необходимо соблюдение правил: расстояние от глаз до экрана монитора должно быть не менее 35 см; компьютер должен быть установлен в светлом помещении; монитор необходимо расположить так, чтобы избежать бликов от окон или других источников света; работа за компьютером должна быть строго ограничена по времени (не более 40 минут).

ЛЬГОТЫ И ГАРАНТИИ ДЛЯ СЕМЕЙ, ИМЕЮЩИХ ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ

Преимущества и льготы работающим родителям детей-инвалидов

Трудовой кодекс Российской Федерации" от 30.12.2001 N 197-ФЗ (ред. от 01.04.2019)

Статья 93. Неполное рабочее время.

Работодатель обязан устанавливать неполное рабочее время по просьбе беременной женщины, одного из родителей (опекуна, попечителя), имеющего ребенка в возрасте до четырнадцати лет (ребенка-инвалида в возрасте до восемнадцати лет), а также лица, осуществляющего уход за больным членом семьи в соответствии с медицинским заключением, выданным в порядке, установленном федеральными законами и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации. При этом неполное рабочее время устанавливается на удобный для работника срок, но не более чем на период наличия обстоятельств, явившихся основанием для обязательного установления неполного рабочего времени, а режим рабочего времени и времени отдыха, включая продолжительность ежедневной работы (смены), время начала и окончания работы, время перерывов в работе, устанавливается в соответствии с пожеланиями работника с учетом условий производства (работы) у данного работодателя (часть вторая введена Федеральным законом от 18.06.2017 N 125-ФЗ).

Статья 259. Гарантии беременным женщинам и лицам с семейными обязанностями при направлении в служебные командировки, привлечении к сверхурочной работе, работе в ночное время, выходные и нерабочие праздничные дни

Направление в служебные командировки, привлечение к сверхурочной работе, работе в ночное время, выходные и нерабочие праздничные дни

женщин, имеющих детей в возрасте до трех лет, допускаются только с их письменного согласия и при условии, что это не запрещено им в соответствии с медицинским заключением, выданным в порядке, установленном федеральными законами и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации. При этом женщины, имеющие детей в возрасте до трех лет, должны быть ознакомлены в письменной форме со своим правом отказаться от направления в служебную командировку, привлечения к сверхурочной работе, работе в ночное время, выходные и нерабочие праздничные дни (в ред. Федерального закона от 30.06.2006 N 90-ФЗ).

Гарантии, предусмотренные частью второй настоящей статьи, предоставляются также матерям и отцам, воспитывающим без супруга (супруги) детей в возрасте до пяти лет, работникам, имеющим детей-инвалидов, и работникам, осуществляющим уход за больными членами их семей в соответствии с медицинским заключением.

Статья 261. Гарантии беременной женщине и лицам с семейными обязанностями при расторжении трудового договора.

Расторжение трудового договора с женщиной, имеющей ребенка в возрасте до трех лет, с одинокой матерью, воспитывающей ребенка-инвалида в возрасте до восемнадцати лет или малолетнего ребенка - ребенка в возрасте до четырнадцати лет, с другим лицом, воспитывающим указанных детей без матери, с родителем (иным законным представителем ребенка), являющимся единственным кормильцем ребенка-инвалида в возрасте до восемнадцати лет либо единственным кормильцем ребенка в возрасте до трех лет в семье, воспитывающей трех и более малолетних детей, если другой родитель (иной законный представитель ребенка) не состоит в трудовых отношениях, по инициативе работодателя не допускается (за исключением увольнения по основаниям, предусмотренным пунктами 1, 5 - 8, 10 или 11 части первой статьи

81или пунктом 2 статьи 336 настоящего Кодекса). Часть четвертая в ред. Федерального закона от 12.11.2012 N 188-ФЗ.

Статья 262. Дополнительные выходные дни лицам, осуществляющим уход за детьми-инвалидами.

Одному из родителей (опекуну, попечителю) для ухода за детьми-инвалидами по его письменному заявлению предоставляются четыре дополнительных оплачиваемых выходных дня в месяц, которые могут быть использованы одним из указанных лиц либо разделены ими между собой по их усмотрению. Оплата каждого дополнительного выходного дня производится в размере среднего заработка и порядке, который устанавливается федеральными законами. Порядок предоставления указанных дополнительных оплачиваемых выходных дней устанавливается Правительством Российской Федерации (в ред. Федеральных законов от 30.06.2006 N 90-ФЗ, от 24.07.2009 N 213-ФЗ, от 02.04.2014 N 55-ФЗ).

Статья 263. Дополнительные отпуска без сохранения заработной платы лицам, осуществляющим уход за детьми.

Работнику, имеющему двух или более детей в возрасте до четырнадцати лет, работнику, имеющему ребенка-инвалида в возрасте до восемнадцати лет, одинокой матери, воспитывающей ребенка в возрасте до четырнадцати лет, отцу, воспитывающему ребенка в возрасте до четырнадцати лет без матери, коллективным договором могут устанавливаться ежегодные дополнительные отпуска без сохранения заработной платы в удобное для них время продолжительностью до 14 календарных дней. Указанный отпуск по письменному заявлению работника может быть присоединен к ежегодному оплачиваемому отпуску или использован отдельно полностью либо по частям. Перенесение этого отпуска на следующий рабочий год не допускается (в ред. Федерального закона от 30.06.2006 N 90-ФЗ).

Преимущества при пенсионном обеспечении

Федеральный закон от 28.12.2013 N 400-ФЗ (ред. от 06.03.2019) "О страховых пенсиях"

Статья 32. Сохранение права на досрочное назначение страховой пенсии отдельным категориям граждан.

1. Страховая пенсия по старости назначается ранее достижения возраста, установленного статьей 8 настоящего Федерального закона, при наличии величины индивидуального пенсионного коэффициента в размере не менее 30 следующим гражданам:

1) женщинам, родившим пять и более детей и воспитавшим их до достижения ими возраста 8 лет, достигшим возраста 50 лет, если они имеют страховой стаж не менее 15 лет; одному из родителей инвалидов с детства, воспитавшему их до достижения ими возраста 8 лет: мужчинам, достигшим возраста 55 лет, женщинам, достигшим возраста 50 лет, если они имеют страховой стаж соответственно не менее 20 и 15 лет; опекунам инвалидов с детства или лицам, являвшимся опекунами инвалидов с детства, воспитавшим их до достижения ими возраста 8 лет, страховая пенсия по старости назначается с уменьшением возраста, предусмотренного статьей 8 настоящего Федерального закона по состоянию на 31 декабря 2018 года, на один год за каждые один год и шесть месяцев опеки, но не более чем на пять лет в общей сложности, если они имеют страховой стаж не менее 20 и 15 лет соответственно мужчины и женщины (в ред. Федерального закона от 03.10.2018 N 350-ФЗ).

Государственные выплаты

Указ Президента РФ от 26.02.2013 N 175 (ред. от 31.12.2014) "О ежемесячных выплатах лицам, осуществляющим уход за детьми-инвалидами и инвалидами с детства I группы"

В целях усиления социальной защищенности отдельных категорий граждан постановляю:

1. Установить с 1 января 2013 г. ежемесячные выплаты неработающим трудоспособным лицам, осуществляющим уход за ребенком-инвалидом в возрасте до 18 лет или инвалидом с детства I группы (далее – ежемесячные выплаты):

а) родителю (усыновителю) или опекуну (попечителю) – в размере 5500 рублей;

б) другим лицам – в размере 1200 рублей.

3. Ежемесячные выплаты производятся к установленной ребенку-инвалиду или инвалиду с детства I группы пенсии в период осуществления ухода за ним.

4. Ежемесячные выплаты устанавливаются одному неработающему трудоспособному лицу в отношении каждого ребенка-инвалида или инвалида с детства I группы на период осуществления ухода за ним.

5. Ежемесячные выплаты устанавливаются на основании документов, имеющихся в распоряжении органа, осуществляющего пенсионное обеспечение ребенка-инвалида или инвалида с детства I группы.

Указ Президента Российской Федерации от 7 марта 2019 года № 95 «О внесении изменений в Указ Президента Российской Федерации от 26 февраля 2013 г. N 175 "О ежемесячных выплатах лицам, осуществляющим уход за детьми-инвалидами и инвалидами с детства I группы"»

1. Внести в Указ Президента Российской Федерации от 26 февраля 2013 г. N 175 "О ежемесячных выплатах лицам, осуществляющим уход за детьми-инвалидами и инвалидами с детства I группы" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2013, N 9, ст. 938; 2015, N 1, ст. 197) изменение, заменив в подпункте "а" пункта 1 слова "в размере 5500 рублей" словами "в размере 10 000 рублей".

2. Настоящий Указ вступает в силу с 1 июля 2019 г.

Льготы в жилищных правоотношениях

Федеральный закон от 24.11.1995 N 181-ФЗ (ред. от 29.07.2018) "О социальной защите инвалидов в Российской Федерации" (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.01.2019)

Статья 17. Обеспечение инвалидов жильем

Инвалиды и семьи, имеющие детей-инвалидов, нуждающиеся в улучшении жилищных условий, принимаются на учет и обеспечиваются жилыми помещениями в порядке, предусмотренном законодательством Российской Федерации и законодательством субъектов Российской Федерации.

Обеспечение за счет средств федерального бюджета жильем инвалидов и семей, имеющих детей-инвалидов, нуждающихся в улучшении жилищных условий, вставших на учет до 1 января 2005 года, осуществляется в соответствии с положениями статьи 28.2 настоящего Федерального закона.

Инвалиды и семьи, имеющие детей-инвалидов, нуждающиеся в улучшении жилищных условий, вставшие на учет после 1 января 2005 года, обеспечиваются жилым помещением в соответствии с жилищным законодательством Российской Федерации.

Определение порядка предоставления жилых помещений (по договору социального найма либо в собственность) гражданам, нуждающимся в улучшении жилищных условий, вставшим на учет до 1 января 2005 года, устанавливается законодательством субъектов Российской Федерации.

Жилые помещения предоставляются инвалидам, семьям, имеющим детей-инвалидов, с учетом состояния здоровья и других заслуживающих внимания обстоятельств.

Инвалидам может быть предоставлено жилое помещение по договору социального найма общей площадью, превышающей норму предоставления на

одного человека (но не более чем в два раза), при условии, если они страдают тяжелыми формами хронических заболеваний, предусмотренных перечнем, устанавливаемым уполномоченным Правительством Российской Федерации федеральным органом исполнительной власти (в ред. Федерального закона от 23.07.2008 N 160-ФЗ).

Плата за жилое помещение (плата за социальный наем, а также за содержание и ремонт жилого помещения), предоставленное инвалиду по договору социального найма с превышением нормы предоставления площади жилых помещений, определяется исходя из занимаемой общей площади жилого помещения в одинарном размере с учетом предоставляемых льгот.

Жилые помещения, занимаемые инвалидами, оборудуются специальными средствами и приспособлениями в соответствии с индивидуальной программой реабилитации или абилитации инвалида (в ред. Федерального закона от 01.12.2014 N 419-ФЗ).

Инвалиды, проживающие в организациях социального обслуживания, предоставляющих социальные услуги в стационарной форме, и желающие получить жилое помещение по договору социального найма, подлежат принятию на учет для улучшения жилищных условий независимо от размера занимаемой площади и обеспечиваются жилыми помещениями наравне с другими инвалидами (в ред. Федерального закона от 28.11.2015 N 358-ФЗ).

Дети-инвалиды, проживающие в организациях социального обслуживания, предоставляющих социальные услуги в стационарной форме, и являющиеся сиротами или оставшиеся без попечения родителей, по достижении возраста 18 лет подлежат обеспечению жилыми помещениями вне очереди, если индивидуальная программа реабилитации или абилитации инвалида предусматривает возможность осуществлять самообслуживание и вести ему самостоятельный образ жизни (в ред. Федеральных законов от 01.12.2014 N 419-ФЗ, от 28.11.2015 N 358-ФЗ).

Жилое помещение государственного или муниципального жилищного фонда, занимаемое инвалидом по договору социального найма, при помещении инвалида в организацию социального обслуживания, предоставляющую социальные услуги в стационарной форме, сохраняется за ним в течение шести месяцев (в ред. Федеральных законов от 20.07.2012 N 124-ФЗ, от 28.11.2015 N 358-ФЗ).

Специально оборудованные жилые помещения государственного или муниципального жилищного фонда, занимаемые инвалидами по договору социального найма, при их освобождении заселяются в первую очередь нуждающимися в улучшении жилищных условий другими инвалидами (в ред. Федерального закона от 20.07.2012 N 124-ФЗ).

Инвалидам и семьям, имеющим детей-инвалидов, предоставляется компенсация расходов на оплату жилых помещений и коммунальных услуг в размере 50 процентов:

платы за наем и платы за содержание жилого помещения, включающей в себя плату за услуги, работы по управлению многоквартирным домом, за содержание и текущий ремонт общего имущества в многоквартирном доме, исходя из занимаемой общей площади жилых помещений государственного и муниципального жилищных фондов;

платы за холодную воду, горячую воду, электрическую энергию, потребляемые при содержании общего имущества в многоквартирном доме, а также за отведение сточных вод в целях содержания общего имущества в многоквартирном доме независимо от вида жилищного фонда (в ред. Федерального закона от 30.10.2017 N 307-ФЗ);

платы за коммунальные услуги, рассчитанной исходя из объема потребляемых коммунальных услуг, определенного по показаниям приборов учета, но не более нормативов потребления, утверждаемых в установленном законодательством Российской Федерации порядке. При отсутствии указанных

приборов учета плата за коммунальные услуги рассчитывается исходя из нормативов потребления коммунальных услуг, утверждаемых в установленном законодательством Российской Федерации порядке;

оплаты стоимости топлива, приобретаемого в пределах норм, установленных для продажи населению, и транспортных услуг для доставки этого топлива - при проживании в домах, не имеющих центрального отопления.

Инвалидам I и II групп, детям-инвалидам, гражданам, имеющим детей-инвалидов, предоставляется компенсация расходов на уплату взноса на капитальный ремонт общего имущества в многоквартирном доме, но не более 50 процентов указанного взноса, рассчитанного исходя из минимального размера взноса на капитальный ремонт на один квадратный метр общей площади жилого помещения в месяц, установленного нормативным правовым актом субъекта Российской Федерации, и размера регионального стандарта нормативной площади жилого помещения, используемой для расчета субсидий на оплату жилого помещения и коммунальных услуг (часть четырнадцатая введена Федеральным законом от 29.12.2015 N 399-ФЗ).

Меры социальной поддержки по оплате коммунальных услуг предоставляются лицам, проживающим в жилых помещениях независимо от вида жилищного фонда, и не распространяются на установленные Правительством Российской Федерации случаи применения повышающих коэффициентов к нормативам потребления коммунальных услуг (часть введена Федеральным законом от 29.06.2015 N 176-ФЗ).

Инвалидам и семьям, имеющим в своем составе инвалидов, предоставляется право на первоочередное получение земельных участков для индивидуального жилищного строительства, ведения подсобного хозяйства и садоводства (в ред. Федерального закона от 29.07.2017 N 217-ФЗ).

Льготы при получении ребенком-инвалидом образования

Указ Президента Российской Федерации от 2 октября 1992 года № 1157 (ред. от 01.07. 2014 г.) «О дополнительных мерах государственной поддержки инвалидов».

Дети-инвалиды и дети, один из родителей которых является инвалидом, обеспечиваются местами в дошкольных образовательных организациях, лечебно-профилактических и оздоровительных учреждениях в первоочередном порядке.

Федеральный закон от 29.12.2012 N 273-ФЗ (ред. от 01.05.2019) "Об образовании в Российской Федерации"

Статья 71. Особые права при приеме на обучение по программам бакалавриата и программам специалитета.

5. Право на прием на обучение по программам бакалавриата и программам специалитета за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета, бюджетов субъектов Российской Федерации и местных бюджетов в пределах установленной квоты имеют дети-инвалиды, инвалиды I и II групп, инвалиды с детства, инвалиды вследствие военной травмы или заболевания, полученных в период прохождения военной службы (в ред. Федерального закона от 01.05.2017 N 93-ФЗ).

6. Квота приема для получения высшего образования по программам бакалавриата и программам специалитета за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета, бюджетов субъектов Российской Федерации и местных бюджетов устанавливается ежегодно образовательной организацией в размере не менее чем десять процентов общего объема контрольных цифр приема граждан, обучающихся за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета, бюджетов субъектов Российской Федерации и местных бюджетов, выделенных такой образовательной организации на очередной год, по специальностям и (или) направлениям подготовки.

7. Право на прием на подготовительные отделения федеральных государственных образовательных организаций высшего образования на обучение за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета имеют:

1) дети-сироты и дети, оставшиеся без попечения родителей, а также лица из числа детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей;

2) дети-инвалиды, инвалиды I и II групп.

(в ред. Федерального закона от 01.05.2017 N 93-ФЗ)

Алиментные отношения

"Семейный кодекс Российской Федерации" от 29.12.1995 N 223-ФЗ (ред. от 29.05.2019)

Статья 89. Обязанности супругов по взаимному содержанию.

1. Супруги обязаны материально поддерживать друг друга.

2. В случае отказа от такой поддержки и отсутствия соглашения между супругами об уплате алиментов право требовать предоставления алиментов в судебном порядке от другого супруга, обладающего необходимыми для этого средствами, имеет нуждающийся супруг, осуществляющий уход за общим ребенком-инвалидом до достижения ребенком возраста восемнадцати лет или за общим ребенком-инвалидом с детства I группы.

Статья 90. Право бывшего супруга на получение алиментов после расторжения брака.

1. Право требовать предоставления алиментов в судебном порядке от бывшего супруга, обладающего необходимыми для этого средствами, имеет нуждающийся бывший супруг, осуществляющий уход за общим ребенком-инвалидом до достижения ребенком возраста восемнадцати лет или за общим ребенком-инвалидом с детства I группы.

**Алгоритм определения групп здоровья у детей в возрасте
от 3 до 17 лет включительно (по результатам профилактических
медицинских осмотров)**

Приказ Минздрава России № 621 от 30.12.2003 г. «О комплексной оценке
состояния здоровья детей»

Классы, группы болезней, отдельные нозологические формы	Шифр по МКБ-10	Группа здоровья	Примечания
1	2	3	4
Органы кровообращения			
пороки сердца: врожденные приобретенные	Q20-Q28 I34-I38 I05-I09	III, IV, V	В зависимости от компенсации (степени недостаточности кровообращения) - при отсутствии недостаточности кровообращения - III - при недостаточности кровообращения 1 ст. - IV; - при недостаточности кровообращения в ст. более 1 - V.
миокардит неревматической этиологии	I40-I41	III, IV, V	При полной клинической ремиссии - III, при неполной клинической ремиссии - IV, V
ревматическая лихорадка	I00-I20	III, IV	Без порока сердца - при отсутствии признаков активности ревматического процесса, от 1 года до 5 лет после атаки - III, - в период стихания активности ревматического процесса (от 6 мес. до 1 года после атаки)- IV
Малые аномалии сердца: - открытое овальное окно; - двустворчатый клапан аорты; - аномально расположенная хорда;	Q21,1 Q23,1 Q24,8	II	
пролапс митрального клапана	I34.1	I, II, III, IV	Без регургитации - I; с регургитацией 1 ст - II; с регургитацией в ст. более 1 - III - IV
нарушения ритма сердца и проводимости: - экстрасистолии;	I49.1- I49.4	II, III, IV	II.

- тахикардии;	I47-I48		- при наличии нарушений функций сердца, аритмии - III, IV - без пароксизмов - II:
- синдром преждевременного возбуждения желудочков;	I45.7		- при наличии пароксизмов- III, IV
- брадикардии (СССУ, миграция предсердного водителя ритма)	I49.5 I49.8		- при наличии синкопе - V
блокады сердца:		II, III, IV, V	
- предсердно-желудочковые блокады I ст.	I44.0		- II;
- предсердно-желудочковые блокады II - III ст.;	I44.1- I44.3		- при наличии синкопе III - V
- внутрижелудочковые блокады	I44.4-I45		- III - V
синдром вегетативной дистонии по ваготоническому типу		II, III	- средние уровни САД и/или ДАД в пределах 10- 5-го перцентиля для данного пола, возраста и роста- II. - при наличии вегетативной дисфункции: потливость, повышенная утомляемость, головные боли и др. - III
синдром вегетативной дистонии по симпатикотоническому типу		II, III	- средние уровни САД и/или ДАД в пределах 90- 95-го перцентиля для данного пола, возраста и роста II. - при наличии вегетативной дисфункции тахикардия, субфебрилитет и отсутствии изменений в сосудах глазного дна и на ЭКГ- III
артериальная гипертензия	I10-I15	III, IV, V	- средние уровни САД и или ДАД равные или превышают значение 95-го перцентиля для данного пола, возраста и роста - III, IV, - при появлении сердечной недостаточности - V
варикозное расширение вен н/конечностей, флебит и тромбофлебит поверхностных и глубоких вен н/конечностей	I83, I80,0- I80,3	III, IV	при отсутствии венозной недостаточности - I; при наличии венозной недостаточности - IV
варикозное расширение вен мошонки	I86,1	III, IV	при отсутствии венозной недостаточности - III; при венозной недостаточности - IV
Органы пищеварения			
кариес (декомпенс.)	K02	II	множественный (4-5 и более зубов)
функциональные расстройства	K31	II	при отсутствии эндоскопических

желудка			признаков хронического процесса
функциональные кишечные нарушения	K59	II	
хронический гастрит	K29.4, K29.5, K29.7	III	при наличии эндоскопических признаков
хронический дуоденит, гастродуоденит	K29.8-K29.9	III	при наличии эндоскопических признаков
эрозивный гастродуоденит, язва желудка, язва 12-п. кишки (язвенная болезнь)	K25, K26	III, IV	в стадии ремиссии - III; при осложнениях - IV.
Болезнь Крона, неспецифический язвенный колит	K50-K52	III, IV	в стадии ремиссии - III, при обострении - IV.
синдром нарушения кишечного всасывания	K90.0	II, III, IV, V	вторичного характера - II; первичного характера в зависимости от тяжести течения - III, IV, V
хронический панкреатит	K86	III	
хронический гепатит	K73	III, IV, V	вне обострения - III, при обострении в зависимости от тяжести - IV, V
хронический холецистит	K81.1	III	
дискинезия пузырного протока и желчного пузыря	K82.8	II	
другие болезни желчевыводящих путей	K83	III	
гельминтоз	B65-B83	II, III	без признаков интоксикации - II, при наличии признаков интоксикации - III
грыжи	K40-K46	I, III	После проведенного оперативного лечения при отсутствии осложнений - I.
Кровь и кроветворные органы			
Анемии, связанные с питанием (железодефицитная и др)	D50, D51, D52, D53	II, III	при легком течении - II; при среднетяжелом - III
Органы дыхания			
хронический бронхит, простой слизисто-гнойный, обструктивный, эмфизематозный, неутонченный	J40-J42, J44	III, IV, V	в зависимости от компенсации (степени дыхательной недостаточности) и частоты обострений: -1-4 раза в г. - III; -5-6 раз в г. - IV
Астма бронхиальная	J45	III, IV, V	при полной клинической ремиссии - III; при неполной клин. ремиссии - IV

			В зависимости от компенсации (по клиническим и функциональным показателям, данным аллергологического обследования): - при легком течении - III, - при среднетяжелом течении - IV; - при тяжелом течении - IV или V; - при гормональной зависимости - V.
бронхоэктатическая болезнь	J47	III, IV, V	в зависимости от компенсации (степени дыхательной недостаточности)
аллергический ринит	J30	II, III, IV,	при легком течении - II; при среднетяжелом - III; при тяжелом течении - IV
хронический ринит	J31.0	III	
хронические болезни миндалин и аденоидов	J35	II, III	при гипертрофии миндалин и аденоидов 2, 2-3 ст., отсутствии лакунарных наложений и признаков интоксикации - II; при гипертрофии 3 ст. - III
хронический синусит	J32	III	
искривление носовой перегородки без нарушения дыхания		II	при отсутствии ночного храпа и ночных апноэ
хронический назофарингит, хронический фарингит	J31.1, J31.2	II, III	без клинических проявлений - II
носовые кровотечения.	R04.0	II	при отсутствии тяжелой органической патологии, их обуславливающих
поллиноз		II, III, IV	в ремиссии - II, при обострении- III, IV в зависим. от тяжести течения
ухо и сосцевидный отросток			
хронический отит	H65-H75	III, IV	при обострениях до 4 раз в г. - III; при обострениях свыше 4 раз в г. и отчетливом снижении слуха - IV
отосклероз, кондуктивная и нейросенсорная потеря слуха (в том числе кохлеарный неврит и др.) потеря слуха неуточненная (в т.ч. глухота на оба уха)	H80; H90; H91.9; H93-H95	III, IV, V	в зависимости от степени потери слуха: - шепотная речь слышна на расстоянии более 3 метров - III; - шепотом речь слышна на расстоянии от 1 до 3 метров- IV; - шепотная речь не слышна - V
нарушения вестибулярной функции, вестибулярные синдромы	H81-H83	II, III, IV	в зависимости от выраженности вестибулярных нарушений II, III, IV
Психические расстройства и расстройства поведения			

соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы, нейроциркуляторная астеня:	F45.3	II	
НЦА (по гипертензивному типу)	F45.3	II	
НЦА (по гипотензивному типу)	F45.3	II	
НЦА (по смешанному типу)			
фобические тревожные расстройства	F40	II, III	слабо выраженные II выраженные III
неврастения	F48.0	II	
невротические и/или астенические реакции		II	
невротические реакции, связанные со стрессом	F43.2	II, III	слабо выраженные II выраженные III
расстройство сна неорганической этиологии	F51	II	
органическое эмоционально-лабильное (астен.) расстройство	F06.6	III	
расстройства личности и поведения, обусловленные болезнью, повреждением или дисфункцией головного мозга	F07	II, III	слабо выраженные II выраженные III
эмоциональные расстройства, начинающиеся в детском и подростковом возрасте (тики, энурез, логоневроз. др.)	F90-F98	II, III	слабо выраженные - II выраженные- III
специфические расстройства личности (психопатии)	F60-F62	II, III	слабо выраженные - II выраженные- III
шизотипическое расстройство	F21	III	
гиперкинетические расстройства	F90	II, III	при компенсации - II при субкомпенсации - III
расстройства поведения	F91	II, III, IV	ограничен. рамками семьи - II; несоциализирован. расстр. - III; социализирован. расст. - III-IV
задержка псих. развития /умств. отсталость легкой степени	F70	II	
специфические расстройства развития речи и языка	F80	II	
Нервная система			
эпилепсия	G40	III, IV	на фоне резидуально - органических поражений головного мозга, в стадии

			компенсации (без постоянной терапии) - III в стадии субкомпенсации (с постоянной терапией) - IV
Мигрень	G43	III	
другие синдромы головной боли (в т.ч. неясной этиологии)	G44	III	
расстройства вегетативной (автономной) нервной системы	G90	II, III	без ангиоспазмов с частотой менее 1 раза в неделю - II с ангиоспазмами - III
гидроцефалия	G91	II, III	при компенсации - III, при клинических проявлениях - IV
детский церебральный паралич	G80	III, IV V	в зависимости от выраженности симптоматики и степени компенсации III, IV, V
полиневропатии	G62	III, IV	Двигательные, чувствительные и координационные нарушения: - без снижения функц. возм. - III - при снижении - IV
демиелинизирующая болезнь центральной нервной системы	G37.9	III, IV	вне обострения - III, в период обострения - IV
глаз и его придаточный аппарат			
аккомодационное косоглазие	H50	II	без амблиопии при остроте зрения с коррекцией на оба глаза не менее 1,0 без нарушений бинокулярного зрения
Паралитическое и неаккомодационное косоглазие	H49	III, IV	с учетом степени аномалии рефракции
гиперметропия сл. степени	H52.0	II	
гиперметропия средней и высокой степеней	H52.0	III	
спазм аккомодации, предмиопия		II	
миопия слабой степени	H52.1		
миопия средней и высокой степеней	H52.1	III	
амблиопия	H53.0	III	
анизометропия	H52.3	II, III	до 5 диоптрий - II свыше 5 диоптрий - III
хронические аллергические и воспалительные заболевания защитного аппарата и переднего отрезка глаз	H01, H13.2	III	

Аллергический конъюнктивит	НЮ	II, III	в зависимости от течения и осложнений
Мочеполовая система			
доброкачественная протеинурия (физиологическая, ортостатическая)		II	при отсутствии заболеваний почек
Кристаллурии при отсутствии мочевого синдрома		II	при присоединении мочевого синдрома или снижении функции почек - см. интерстициальный нефрит обменного генеза
Малые аномалии почек и мочевыводящих путей (ротация почек, дистопия почек, небольшая пиэлоэктазия, подвижность почек) при отсутствии мочевого синдрома	Q60-Q64	II, III, IV	при отсутствии мочевого синдрома - II; при присоединении мочевого синдрома - III; при снижении функции почек - IV
гломерулярные болезни (гломерулонефрит)	N00-N08	III, IV, V	при полной ремиссии - III; при активности и снижении функции почек - IV; в стадии хронической почечной недостаточности - V
тубулоинтерстициальные болезни (пиелонефрит хронический - первичный, вторичный, интерстициальный нефрит обменного генеза и др.)	N10-N16	III, IV, V	при полной ремиссии - III; при активности и при снижении функции почек - IV; в стадии хронической почечной недостаточности - V
нейрогенная дисфункция мочевого пузыря (нарушение ритма мочеиспускания) энурез	F98.0, N39.4	II III	
врожденные пороки развития почек и мочевыводящих путей	Q60-Q64	III, IV, V	при сохранных функциях почек - III; при снижении функции почек - IV; в стадии хронической почечной недостаточности - V
инфекции мочевыводящих путей, цистит	N30.1	III	
вторичная артериальная гипертензия (ренальная)		III, IV	при нормальной функции почек и отсутствии осложнений со стороны др. органов и систем - III; при снижении функции почек и наличии осложнений со стороны др. органов и систем - IV
мочекаменная болезнь	N20-N23	III, IV, V	при сохранных функциях почек - III; при снижении функции почек - IV; в стадии хронической почечной

			недостаточности - V
крипторхизм (неопущение яичка)	Q53	III	
расстройства менструального цикла (отсутствие менструаций, скудные и редкие менструации, обильные, частые и нерегулярные менструации, скудные и редкие менструации); аномальные кровотечения из матки и влагалища; болевые и другие состояния, связанные с женскими половыми органами и менструальным циклом	N91 N92 N93 N94	II, III	в период становления менструального цикла в течение 1,5 - 2 лет после первой менструации - II; при установившемся менструальном цикле и при других заболеваниях - III
хронические болезни женских тазовых органов	N70, N73, N75, N76	III	
гидроцеле	N43,0- 43,3	II, III	
Эндокринная система, питание, обмен веществ			
увеличение щитовидной железы	E00.1- E04.0	II, III	- увеличение I, II ст. без нарушения функции - II; - увеличение III, IV ст. без нарушения функции - III; - увеличение I - IV ст. с гипо- или гипертиреозом - III
недостаточность питания (дефицит массы тела)	E43-E46	II	масса тела меньше значений минимального предела "нормы" относительно длины тела
избыток массы тела		II	масса тела больше значений максимального предела "нормы" относительно длины тела ($M+2\sigma_R$) (на 15-19,9% от должной)
низкий рост	E34.3	II	варианты роста меньше минимального предела "нормы" относительно возраста и при отсутствии эндокринных нарушений
низкий рост (нанизм)	E34.3	III, IV	
ожирение экзогенно-конституциональное I -IV ст.	E66	III, IV	превышение массы тела на 20% и более за счет жировоголожения. При отсутствии изменений сердечно-сосудистой, половой, нервной и др. систем - III,

			при их наличии - IV
юношеская гинекомастия	N62	II	при исключении эндокринной патологии
гиповитаминоз, гипервитаминоз, дефицит или избыток минералов	E50-E56, E64	II	
нарушения толерантности к глюкозе	R73.0	II	
инсулинзависимый сахарный диабет (I типа)	E10.0	III, IV	в зависимости от степени компенсации
сахарный диабет (II типа)	E11	II, III	в зависимости от степени компенсации
задержка полового созревания	E30.0	II, III, IV	без сопутствующих эндокринных заболеваний - II, при их наличии и в зависимости от тяжести III или IV
Раннее или преждевременное половое созревание		II, III, IV	без сопутствующих эндокринных заболеваний - II, при их наличии и в зависимости от тяжести - III или IV
Кожа и подкожная клетчатка			
атонический дерматит, экзема, нейродермит, аллергический дерматит	L20, L23	III, IV	в зависимости от локализации процесса, распространенности, интенсивности кожного процесса, при ограниченной локализации, или невыраженной степени пролиферации и лихенизации, умеренном зуде, без нарушений сна - III; при распространенных высыпаниях или выраженной пролиферации и лихенизации, значительном зуде и нарушениях сна - IV.
Крапивница	L50	II, III, IV	локализованная - II; генерализованная, рецидивирующая - III; генерализованная, рецидивирующая с отеком Квинке или анафилактич. шоком (в анамнезе) - IV
Зуд	L29	II	
Папулосквамозные нарушения (псориаз, парапсориаз и др.)	L40-L45	III, IV	в зависимости от степени компенсации
Костно-мышечная система и соединительная ткань			
кифоз, лордоз	M40	II	при отсутствии рентгенологических признаков других изменений позвоночника
Сколиоз	M41	III, IV	рентгенологически и клинически не

			более 2ст. искривления - III; искривление более 2ст. или наличие нарушений функции внутренних органов - IV
юношеский остеохондроз	M42	III, IV	без выраженных клинических проявлений - III; с выраженным локальным и/или корешковым болевым синдромом, парестезиями и др. клиническими проявлениями - IV
нарушения осанки		II	при отсутствии рентгенологических признаков других изменений позвоночника
уплощение стоп		II	по результатам плантографии
плоская стопа (плоскостопие)	M21.4	III	по результатам плантографии
вальгусная деформация стопы	M21.0	III	
врожденные и рахитические деформации грудной клетки	Q67.5- Q67.7	I	
дорсопатии (в т.ч. спондилопатии), врожденные деформации позвоночника	M40- M54	III, IV	в зависимости от компенсации анатомического дефекта и состояния функции внутренних органов
деформации голени, бедра	M21,7- M21,9	III, IV	в зависимости от компенсации анатомического дефекта
артропатии, остеопатии и хондропатии	M00- M25, M80- M94	III, IV	в зависимости от компенсации процесса
юношеский (ювенильный) артрит	M08	III, IV	в зависимости от компенсации процесса
юношеский ревматоидный артрит	M08.0	III, IV	в зависимости от компенсации процесса
поражение мышц, поражение синовиальных оболочек и сухожилий, поражение мягких тканей	M60- M63, M65- M68, M70- M79	III, IV	в зависимости от компенсации процесса и состояния функции
хронический остеомиелит	M86,3- M86,6	III, IV	в зависимости от частоты обострений и состояния функции анатомического образования
Симптомы, признаки и отклонения от нормы, не классифицированные в других рубриках			
аллергические реакции (на пищевые продукты, лекарства,		II	

вакцины и др.)

Примечание. В настоящую схему включены не все функциональные нарушения и хронические заболевания, встречающиеся в детском (в том числе подростковом) возрасте. В данный перечень вошли наиболее часто диагностируемые нарушения здоровья и развития.

Приложение № 3

Перечень

заболеваний, наличие которых дает право на обучение по основным общеобразовательным программам на дому

Приказ Минздрава России от 30 июня 2016 г. № 436-н

N п/п	Код по МКБ 10	Нозологические единицы	Особенности течения заболевания, требующие обучения на дому (форма, стадия, фаза, степень тяжести заболевания, течение заболевания, осложнения, терапия)
1	2	3	4
Новообразования			
1.	C00-C97	Злокачественные новообразования	В условиях длительного применения иммуносупрессивной терапии (более 1 месяца) при наличии побочных действий и (или) нежелательных реакций, связанных с применением лекарственного препарата; состояние после трансплантации
Болезни крови кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм			
2.	D60-D61	Апластические анемии	В условиях длительного применения иммуносупрессивной терапии (более 1 месяца) при наличии побочных действий и (или) нежелательных реакций, связанных с применением лекарственного препарата; состояние после трансплантации костного мозга
3.	D66-D67	Нарушение свертываемости крови	Тяжелой степени
4.	D69	Пурпура и другие геморрагические состояния	Тяжелой степени и (или) в условиях длительного применения иммуносупрессивной терапии (более 1

5.	D89	Отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм	месяца) при наличии побочных действий и нежелательных реакций, связанных с применением лекарственного препарата
Болезни эндокринной системы			
6.	E10	Сахарный диабет I типа	Тяжелой степени
Психические расстройства и расстройства поведения			
7.	F06.6	Органическое эмоционально лабильное (астеническое) расстройство	Со стойкими значительными неконтролируемыми нарушениями поведения, но не представляющими опасность для себя и (или) окружающих, на фоне фармакорезистентности или длительного подбора терапии (более 1 месяца)
8.	F07	Расстройства личности и поведения вследствие болезни повреждения и дисфункции головного мозга	
9.	F20-F29	Шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства	
10.	F30-F39	Расстройства настроения (аффективные расстройства)	
11.	F70- F79	Умственная отсталость	
12.	F84	Общие расстройства психологического развития	
13.	F90.1	Гиперкинетическое расстройство поведения	Тяжелой степени, со стойкими значительными неконтролируемыми нарушениями поведения, но не представляющими опасность для себя и (или) окружающих, на фоне фармакорезистентности или длительного подбора терапии (более 1 месяца)
14.	F95.2	Комбинирование вокализмов и множественных моторных тиков (синдром де ла Туретта)	
15.	F98.1	Энкопрез неорганической природы	Тяжелой степени, исключается каломазание
16.	F98.8	Другие уточненные эмоциональные расстройства и расстройства поведения с началом, обычно	Тяжелой степени, со стойкими значительными неконтролируемыми нарушениями поведения, но не представляющими опасность для себя и (или) окружающих, на фоне

		приходящимся на детский возраст	фармакорезистентности или длительного подбора терапии (более 1 месяца)
Болезни нервной системы			
17.	G12	Спинальная мышечная атрофия и родственные синдромы	Тяжелые двигательные нарушения, затрудняющие нахождение и (или) передвижение на инвалидной коляске
18.	G24.1	Идиопатическая семейная дистония	Тяжелой степени, на фоне фармакорезистентности или подбора терапии (более 1 месяца)
19.	G24.2	Идиопатическая несемейная дистония	
20.	G25.3	Миоклонус	
21.	G25.4	Хорея, вызванная лекарственным средством	
22.	G25.5	Другие виды хорей	
23.	G25.8	Другие уточненные экстрапирамидные и двигательные нарушения	
24.	G31.8	Другие уточненные дегенеративные болезни нервной системы	В условиях длительного применения иммуносупрессивной терапии (более 1 месяца) при наличии побочных действий и (или) нежелательных реакций, связанных с применением лекарственного препарата; тяжелые двигательные нарушения, затрудняющие нахождение и/или передвижение на инвалидной коляске
25.	G35-G37	Демиелинизирующие болезни центральной нервной системы	
26.	G40	Эпилепсия	Эпилепсия, сопровождающаяся частыми (более 4 раз в месяц) дневными генерализованными вторичногенерализованными и (или) приступами, в том числе с риском развития эпилептического статуса, на фоне фармакорезистентности или длительного подбора противосудорожной терапии (более 1 месяца)
27.	G43	Мигрень	Тяжелая форма мигрени (долговременные приступы с выраженными сопутствующими проявлениями, перерывы между приступами - несколько дней)
28.	G71.0	Мышечная дистрофия	Тяжелые двигательные нарушения,

29.	G71.2	Врожденные миопатии	затрудняющие нахождение и (или) передвижение на инвалидной коляске
30.	G71.3	Митохондриальная миопатия, не классифицированная в других рубриках	
31.	G71.8	Другие первичные поражения мышц	
32.	G72.8	Другие уточненные миопатии	
33.	G80	Детский церебральный паралич	
34.	G82	Параплегия и тетраплегия	
Болезни глаза и его придаточного аппарата			
35.	H16	Кератит	Часто рецидивирующий, вялотекущий и (или) в условиях длительного применения иммуносупрессивной терапии (более 1 месяца) при наличии побочных действий и (или) нежелательных реакций, связанных с применением лекарственного препарата
36.	H20.1	Хронический иридоциклит	
37.	H30	Хориоретинальное воспаление	
38.	H46	Неврит зрительного нерва	
39.	H33	Отслойка и разрывы сетчатки	В течение 1 года после хирургического лечения
40.	H40.3 - H40.6 Q15.0	Глаукомы Врожденная глаукома	Терминальная стадия
Болезни системы кровообращения			
41.	I50	Сердечная недостаточность	Стадии II, III
Болезни органов дыхания			
42.	J43	Эмфизема	Тяжелой степени; состояние после трансплантации легкого
43.	J44	Другая хроническая обструктивная легочная болезнь	
44.	J96.1	Хроническая респираторная недостаточность	II, III степени тяжести

Болезни органов пищеварения			
45.	K50-K52	Неинфекционный энтерит и колит	Тяжелой степени с частым рецидивирующим течением
46.	K72.1	Хроническая печеночная недостаточность	Тяжелой степени
47.	K74	Фиброз и цирроз печени	Состояние после трансплантации печени
Болезни кожи			
48.	L10-L14	Буллезные нарушения	Тяжелой степени
49.	L20-L30	Дерматит и экзема	Тяжелой степени и (или) в условиях длительного применения иммуносупрессивной терапии (более 1 месяца) при наличии побочных действий и (или) нежелательных реакций, связанных с применением лекарственного препарата
Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани			
50.	M05-M14	Воспалительные полиартропатии	Тяжелой степени и (или) в условиях длительного применения иммуносупрессивной терапии (более 1 месяца) при наличии побочных действий и нежелательных реакций, связанных с применением лекарственного препарата
51.	M24	Другие поражения суставов	Состояния после хирургического лечения на суставах, требующие длительной (более 1 месяца) иммобилизации в гипсовой повязке таза и (или) нижних конечностей
52.	M30-M36	Системные поражения соединительной ткани	В условиях длительного применения иммуносупрессивной терапии (более 1 месяца) при наличии побочных действий и (или) нежелательных реакций, связанных с применением лекарственного препарата
53.	M91.1	Юношеский остеохондроз головки бедренной кости (Легга-Калве-Пертеса)	После хирургического лечения и требующий иммобилизации в гипсовой повязке (более 1 месяца), затрудняющей нахождение и (или) передвижение на инвалидной коляске
Болезни мочеполовой сферы			
54.	N01-N08	Гломерулярные болезни	Тяжелой степени и (или) в условиях длительного применения иммуносупрессивной терапии (более 1

			месяца) при наличии побочных действий и нежелательных реакций, связанных с применением лекарственного препарата; состояние после трансплантации почки
55.	N10-N16	Тубулоинтерстициальные болезни почек	Тяжелой степени, осложненное течение; состояние после трансплантации почки
56.	N18	Хроническая почечная недостаточность	Тяжелой степени
Последствия травм			
57.	T90	Последствия травм головы	Осложненные наличием дефекта костей свода черепа, требующего хирургического лечения (пластика костей свода черепа), или осложненные носительством трахеостомической канюли
58.	T91	Последствия травм шеи и туловища	Требующие длительной иммобилизации в гипсовой повязке (более 1 месяца), затрудняющей нахождение и (или) передвижение на инвалидной коляске
59.	T93	Последствия травм нижней конечности	
60.	T94.0	Последствия травм, захватывающих несколько областей тела	

«Культура здоровья школьника»

**Инновационная площадка по формированию здоровьесберегающей среды
в общеобразовательной школе**

Данный проект реализовывался в МАОУ-СОШ № 168 Верх-Исетского района г. Екатеринбурга. Директор школы – Татьяна Олеговна Вяткина.

В 2018-19 учебном году в школе обучались восемь детей-инвалидов, в том числе, четыре ребенка-инвалида на ступени начального образования, два на ступени основного и два на ступени старшего общего образования.

I Паспорт проекта

Наименование площадки	«Формирование здоровьесберегающей среды в общеобразовательной школе».
Цель программы	Формирование ценностного отношения к здоровью школьника путем создания и реализации в образовательном учреждении системы оздоровительно-профилактических мероприятий и применения здоровьесберегающих технологий в образовательном процессе.
Задачи программы	Разработать и реализовать комплекс мероприятий, ориентированных на сохранение и укрепление физического и психологического здоровья обучающихся. Способствовать актуализации профессиональной ответственности педагогов и администрации за организацию образовательного процесса в соответствии с санитарно-гигиеническими требованиями. Содействовать укреплению здоровья учащихся средствами физической культуры и занятиями спортом, осуществлять коррекцию отклонений в состоянии здоровья. Сформировать у учащихся представления об основных принципах и правилах здорового образа жизни.
Сроки реализации программы	В течение пяти лет

<p>Содержание программы</p>	<p>Актуальность проблемы здоровьесбережения в образовательном процессе.</p> <p>Цели и задачи программы.</p> <p>Концептуальные основания программы.</p> <p>Механизмы и условия реализации программы.</p> <p>Программа управленческой деятельности.</p> <p>Комплекс мероприятий по реализации программы.</p> <p>Предполагаемые результаты реализации программы.</p> <p>Инновационная проектная деятельность.</p>
<p>Предполагаемый результат реализации программы</p>	<p>Создание здорового образовательного пространства.</p> <p>Формирование норм и правил здорового образа жизни среди учащихся.</p> <p>Сформированность поведенческих установок учащихся в области ценностного отношения к своему здоровью.</p> <p>Снижение заболеваемости за счёт своевременной диагностики состояния здоровья детей всех возрастных групп.</p> <p>Повышение психологической компетентности всех участников образовательного процесса (педагогов, учащихся, их родителей) в сфере здоровья.</p> <p>Реализация всех ресурсов образовательного учреждения по формированию культуры здоровья.</p>
<p>Организация контроля выполнения программы</p>	<p>Текущий контроль – отчет один раз в полугодие о реализации запланированных мероприятий. Организаторы мероприятий представляют отчёт заместителям директора школы.</p> <p>Промежуточный контроль – один раз в год заместители директора делают представление педагогическому совету о ходе реализации программы.</p> <p>Итоговый контроль – по окончании срока реализации программы директор школы проводит общий анализ выполнения программы для педагогического коллектива и Управления образованием района.</p> <p>Общий мониторинг осуществляется директором школы на протяжении всего срока реализации программы.</p>

Актуальность проблемы.

Актуальность данной проблемы формирования ценностного отношения к здоровью школьника связана с тем, что состояние физического и психологического здоровья школьника является одним из критериев качества современного образования.

Ухудшение здоровья детей школьного возраста стало не только медицинской, но и серьёзной педагогической проблемой.

Всемирная организация здравоохранения выделяет школу как наиболее перспективный участок воздействия на формирование поведенческих установок детей и подростков в области здорового образа жизни. В соответствии с Федеральным законом N 273-ФЗ "Об образовании в Российской Федерации" здоровье детей и подростков относится к приоритетным направлениям государственной политики в сфере образования.

Актуальность проблемы усиливается наличием серьёзного противоречия между потребностью в формировании у молодёжи ценностных аспектов здорового образа жизни и отсутствием комплексного психолого-педагогического подхода, который должен охватывать все структуры школьной жизни.

Данное противоречие выводит нас на необходимость решения следующих вопросов:

- создать в образовательном учреждении условия, обеспечивающие реализацию основных целей педагогики здоровья – освоение школьниками наряду с учебной программой навыков здорового образа жизни;

- ориентировать весь образовательно-воспитательный потенциал школы на создание возможностей и условий, позволяющих решать задачу сохранения, восстановления и укрепления здоровья ребёнка в образовательной системе.

Цели и задачи программы

В связи с актуальностью и значимостью обозначенной проблематики, основная цель программы - формирование ценностного отношения к здоровью школьника путем создания и реализации в образовательном учреждении системы оздоровительно-профилактических мероприятий и применения здоровьесберегающих технологий в образовательном процессе.

Для достижения поставленной цели решаются следующие задачи:

Разработать и реализовать комплекс мероприятий, ориентированных на сохранение и укрепление физического и психологического здоровья обучающихся.

Способствовать актуализации профессиональной ответственности педагогов и администрации за организацию образовательного процесса в соответствии с санитарно-гигиеническими требованиями.

Создать условия для удовлетворения базовых потребностей обучающихся в самовыражении, защищённости, бережном отношении к своему здоровью.

Содействовать укреплению здоровья учащихся средствами физической культуры и занятиями спортом, осуществлять коррекцию отклонений в состоянии здоровья.

Сформировать у учащихся представления об основных принципах и правилах здорового образа жизни.

Критерии эффективности программы

Создание в образовательном учреждении здоровьесберегающего образовательного пространства.

Формирование норм и правил здорового образа жизни среди учащихся.

Сформированность поведенческих установок учащихся в области ценностного отношения к своему здоровью.

Снижение заболеваемости за счёт своевременной диагностики состояния здоровья детей всех возрастных групп.

Повышение психологической компетентности всех участников образовательного процесса (педагогов, учащихся, их родителей) в сфере здоровья.

Реализация всех ресурсов образовательного учреждения по формированию культуры здоровья.

Основные идеи

В основополагающих документах Министерства образования и науки РФ сформулированы основные направления комплексной организации здоровьесберегающего образовательного процесса в образовательных учреждениях. Необходимость постановки этой проблемы определяется уровнем задач, поставленных сегодня перед нашим образованием. Здоровьесберегающие технологии в образовании обеспечивают взаимосвязь и взаимодействие всех факторов образовательной среды, направленных на сохранение здоровья ребёнка на всех этапах его обучения и развития.

Педагогическая задача по сохранению и укреплению развития здоровья учащихся может быть решена только в тех случаях, когда педагогический процесс основан с учётом психофизиологических закономерностей детского онтогенеза и направлен и на физическое и на психологическое здоровье ребёнка.

Стратегия решения проблемы сохранения и укрепления здоровья учащихся должна предусматривать создание оптимальной системы взаимодействия организма детей с внешним миром на основе полноценной адаптации их к школьной среде. Это требует психолого-педагогической компетентности самих педагогов в плане изучения закономерностей и формирования культуры здоровья.

В основу Программы положена также реализация основных принципов педагогики здоровья – воспитание и обучение подрастающего поколения в сфере здоровья. Цель педагогики здоровья – освоение школьниками наряду с учебной программой навыков здорового образа жизни. Исходя из принципов педагогики здоровья, в школе создаются педагогические возможности и условия, позволяющие решать задачу сохранения, восстановления и укрепления здоровья ребёнка в условиях образовательной системы.

Новизна инновационной идеи

Новизну инновационной идеи определяет комплексный подход, позволяющий ориентировать весь учебно-воспитательный потенциал школы на воспитание и обучение детей и подростков в сфере здорового образа жизни. Принципы здоровьесбережения является одним из ключевых компонентов школьной образовательной программы. При реализации данных принципов соблюдаются следующие педагогические условия:

- формирование активного отношения обучающихся к учёбе;
- активизация познавательной деятельности обучающихся.

Большинство школьных программ открывают достаточно широкие возможности для просвещения по вопросам профилактики здоровья. Программы профилактики и пропаганда здорового образа жизни охватывают всю школьную структуру и дают большой воспитательный и мотивационный эффект. При этом наиболее перспективным участком программы является формирование поведенческих установок детей и подростков в области здорового образа жизни.

Задачи педагогики здоровья в школе решаются не только в рамках учебных программ. Весь потенциал внеклассной работы в школе направлен на формирование у учащихся потребности в здоровом образе жизни. Внеклассные мероприятия ориентированы на определение путей и условий для

самореализации детей и подростков, раскрытия их творческого и духовного потенциала.

Реализация основных концептуальных положений Программы позволит успешно решать задачи выполнения государственного стандарта и ориентировать усилия педагогического коллектива на внедрение разнообразных форм и видов деятельности, направленных на сохранение и укрепление здоровья обучающихся, совершенствование оздоровительно-профилактической системы в образовательном учреждении.

II Комплексное описание реализации проекта

Организационно-управленческий аспект

№ п/п	Виды деятельности	Сроки выполнения
Нормативно-правовое обеспечение		
1.	Устав школы, локальные акты, должностные инструкции, инструкции ОТ.	В течение всего периода с ежегодной корректировкой
2.	Учебный план ОУ.	
3.	Учебное расписание занятий.	
4.	Расписание занятий отделений доп. образования.	
5.	Правила техники безопасности	
6.	Годовой план работы школы.	
7.	Положения о смотрах-конкурсах.	
Методическое обеспечение.		
1.	Реализация методического комплекса по организации физических пауз с обучающимися на уроках.	В течение всего периода.
2.	Конкурс среди учителей на организацию оздоровительной работы с обучающимися.	Ежегодно по приказу.
3.	Посещение и анализ уроков учителей по теме: «Организация учебно-воспитательного процесса в соответствии с санитарно-гигиеническими нормами и психофизиологическими особенностями учащихся».	В течение всего периода по плану проведения.

4.	Контроль за нормированием учебного труда обучающихся в школе и дома.	В течение всего периода.
Управленческая деятельность.		
1.	Совещания при директоре по организации оздоровительной работы с обучающимися в ОУ.	Весь период по плану проведения совещаний.
2.	Заседания НМС – отчёты по организации работы с обучающимися.	
3.	Общий мониторинг системы здоровьесбережения.	Весь период по плану НМС
4.	Проведение обучающих семинаров классных руководителей.	В течение всего периода.
5.	Подготовка аналитических справок.	В конце каждого учебного года.
6.	Проведение итоговых конференций.	

Научно-методический и учебно-методический аспект

Реализация здоровьесберегающего направления работы школы включает в себя следующие разделы.

Раздел I. Программа управленческой деятельности по созданию условий для сохранения и укрепления здоровья учащихся и развитию здоровьесберегающего потенциала школы.

Раздел II. Соблюдение санитарно-гигиенических нормативов и требований при организации здоровьесберегающего учебного процесса

Раздел III. Организация психологического сопровождения образовательного процесса.

Раздел IV. Формирование здоровьесберегающего воспитательного пространства образовательного учреждения.

Раздел V. «Твоё здоровье». Формирование базовых установок культуры здоровья.

Раздел VI. Формирование навыков здорового образа жизни в структуре изучения основ безопасности жизнедеятельности.

Раздел VII. Спортивно-оздоровительная работа.

Раздел VIII. Гендерный аспект образования как важное условие здоровьесберегающего направления работы школы.

Раздел IX. Организация взаимодействия с родителями.

Раздел X. Медицинское обслуживание школьников.

Раздел XI. Организация питания учащихся в школьной столовой.

Раздел XII. Организационные мероприятия по охране жизни и здоровья обучающихся.

Раздел XIII. Проектная деятельность по созданию условий, обеспечивающих стабилизацию физического и психологического здоровья обучающихся.

Поэтапное описание хода реализации проекта

Название этапа	Содержание
Подготовительный. Цель: определение базовых направлений работы по формированию здоровьесберегающей инфраструктуры ОУ.	Анализ опыта реализации общешкольной программы «Здоровье». Разработка пилотной модели инновационной площадки.
Преобразующий. Цель: практическая отработка здоровьесберегающей образовательной модели.	Отработка и внедрение пошагового механизма реализации программы.
Практический. Цель: реализация программы.	Использование в практической работе комплекса программных мероприятий.
Обобщающий. Цель: итоговый мониторинг реализации программы.	Анализ и подведение итогов. Корректировка программы по результатам её количественного и качественного анализа.

ЛИТЕРАТУРА

Абабков В.А., Перре М. Адаптация к стрессу. Основы теории, диагностики, терапии. – СПб: Речь, 2004.

Бадалян Л.О. Невропатология / 2-е изд., перераб.- М.: Просвещение, 1987

Бронхиальная астма у детей / Под ред. С. Ю. Каганова. – М.: Медицина, 1999.

Детские болезни / Под. ред. А.Ф. Тура, О.Ф.Тарасова, Н.П. Шабалова – М.: Медицина 1979.

Инвалиды. Права, льготы, поддержка. / Шашкова О.В.-М.: Эксмо, 2011.

Микадзе Ю.В. Нейропсихология / 3-е изд.-СП.: Питер, 2008.

Никанорова М.Ю., Белоусова Е.Д., Ермаков А.Ю. Эпилепсия у детей и подростков. Руководство для родителей. – М., 2005

Первичная профилактика психических, неврологических и психосоциальных расстройств / Под ред. А.Н. Моховикова – М.: 2002.

Справочник по педиатрии / Под ред. А.К. Устиновича – Минск, 1979.

Справочник педиатра / Под. ред. М.Я. Студеникина. – «Медицина» 1981.

Справочник по неврологии детского возраста / Б.В. Лебедев, В.И. Фрейдков, Г.Г. Шанько, Е.С. Бондаренко и др.; Под ред. Б.В. Лебедева. – М.: Медицина 1995.

Зизельсон А.Д., Лапис Г.А. Особенности психосоматических взаимоотношений у детей, страдающих бронхиальной астмой. – Л., 1990.

Организация диагностической сессии и особенности составления рекомендаций по созданию специальных образовательных условий для детей-инвалидов по общим заболеваниям / Под ред. Т. П. Абакировой – Новосибирск, 2018.

Шулаков Антон Игоревич
заместитель руководителя центральной психолого-медико-педагогической
комиссии Свердловской области,
педагог-психолог высшей квалификационной категории

ОРГАНИЗАЦИЯ ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ
И АБИЛИТАЦИИ
ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ В ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ОРГАНИЗАЦИЯХ
МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

Компьютерная верстка автора