

Система

офтальмологической помощи

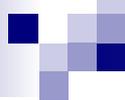
ДЕТЯМ

# Введение

Важной стороной охраны здоровья детей является охрана их зрения. Это обусловлено ведущей ролью зрительного анализатора в адаптации ребенка к внешней среде, в создании благоприятных условий для всестороннего гармонического развития.



# ***1.1. Краткий очерк развития детской офтальмологии***



Начало развитию офтальмологической помощи детям было положено отделами охраны зрения детей и детскими хирургическими отделениями научно-исследовательских институтов глазных болезней в Москве и Одессе и кафедрами глазных болезней медицинских институтов Ленинграда, Днепропетровска, Минска, Харькова.



**В 1968 г. Детская офтальмология получила юридический статус: Министерство здравоохранения СССР ввело в штатное расписание должность «детский офтальмолог».**

Подготовка будущих педиатров в области охраны зрения и первой врачебной помощи детям с глазной патологией и детских офтальмологов начата с 1963 г. на первой в СССР кафедре глазных болезней педиатрического факультета II Московского медицинского института им. Н. И. Пирогова (II МОЛГМИ).



**Крупнейшие детские офтальмологические  
школы и учреждения:  
научно-исследовательские и учебные  
глазные институты**

# МНИИ глазных болезней им. Гельмгольца



**МНИИ глазных болезней им. Гельмгольца – это самое крупное, авторитетное, многопрофильное научно-исследовательское офтальмологическое учреждение в стране.**

**Сфера научных интересов:**

- 
- травматология, реконструктивная хирургия и глазное протезирование;
  - охрана зрения детей и подростков;
  - патология сетчатки и зрительного нерва;
  - патология глаз у детей;
  - глаукома;
  - инфекционные и аллергические заболевания глаз;
  - офтальмоонкология и радиология;
  - контактная коррекция зрения;
  - рефлексология;
  - гомеопатия и физические методы лечения;
  - рентгенодиагностика и рентгенотерапия;
  - лаборатории - ультразвуковая, микробиологическая, иммунологии и вирусологии, патофизиологии и биохимии, патогистологическая, клинической физиологии зрения им. С. В. Кравкова, офтальмоэргономики и оптометрии.



**Других, подобных центров, в научной деятельности которых осуществлялся бы весь спектр прикладных научно-исследовательских работ с целью эффективной борьбы со слепотой и слабовидением, в мировой медицине не существует.**

**Отдел патологии глаз у детей Московского НИИ  
глазных болезней им. Гельмгольца организован в  
1936 году на базе детского отделения.**

**Основные направления:**

- катаракта (врожденная, вторичная, осложненная,  
травматическая);**
- глаукома (врожденная, вторичная);**
- аномалии развития глаз,**
- последствия травм глаз,**
- увеиты;**
- заболевания роговицы, сетчатки, зрительного  
нерва;**
- ретинопатия недоношенных.**

# Уфимский НИИ Глазных болезней



**Основные научные направления института:**

- разработка методов малоинвазивной ультразвуковой хирургии катаракты;

- разработка системы восстановительного лечения аномалий рефракции и патологии роговицы;

- патогенез, диагностика и лечение врожденной и приобретенной патологии глаз у детей;

- разработка хирургических и лазерных методов реабилитации пациентов с заболеваниями сетчатки и стекловидного тела;

- 
- патогенетически направленные технологии в хирургии глаукомы, методы профилактики;
  - патогенез, диагностика, профилактика и лечение воспалительных заболеваний глаз;
  - разработка изделий медицинского назначения (интраокулярные и контактные линзы, вискоэластик, трансплантаты для офтальмохирургии);
  - дифференциальная диагностика офтальмоонкологических заболеваний.



**Уфимский НИИ глазных болезней является одним из ведущих центров по детской офтальмологии в Российской Федерации. Это единственный в стране детский офтальмологический центр, где проводится лечение детей, начиная с грудного возраста.**

**Уникальный для мировой практики опыт динамического наблюдения за оперированными детьми впервые в стране позволил широко внедрить ранние хирургические методы лечения и комплексного восстановления зрения у детей с врожденной катарактой, начиная с 2-х недельного возраста.**

# ГУ НИИ Глазных болезней РАМН



**Государственное учреждение научно-исследовательский институт глазных болезней РАМН - это крупнейший в России офтальмологический центр, где проводятся все виды диагностики и лечения глазных заболеваний, а также ведется научная работа по наиболее актуальным проблемам офтальмологии.**

## **Основные научные направления:**

- диагностика и лечения инфекционных заболеваний глаза;**
- реконструктивная микрохирургия переднего и заднего отрезков глаза;**
- оптическая коррекция рефракционных нарушений глаза;**
- новейшие методики удаления катаракты;**
- диагностика и лечение глаукомы;**
- диагностика и лечение заболеваний придаточного аппарата глаза;**
- создание новых методов терапевтического лечения заболеваний глаз;**
- офтальмоэргономическая оценка современных методов лечения.**



На базе Института располагается кафедра глазных болезней Московской медицинской академии им. И. М. Сеченова. Институт является соучредителем самого известного офтальмологического издания России — журнала «Вестник офтальмологии».

В 1997 на базе Института создан “Центр восстановления зрения”, основными направлениями деятельности которого являются лазерная коррекция зрения, удаление катаракты, детская офтальмология.



# Ведущие офтальмологи



**Авербах Михаил Иосифович**  
(17(29).5.1872 — 29.7.1944),  
советский офтальмолог, академик  
АН СССР (1939), заслуженный  
деятель науки. В 1895 окончил  
Московский университет. Работы  
Михаила Иосифовича посвящены  
изучению различных рефракций  
глаза, главному травматизму,

проблемам слепоты, глаукомы, трахомы и др. Он  
дал обстоятельное изложение анатомии,  
гистологии, физиологии глаза и главных видов  
заболеваний глаза, разработал и внедрил в  
практику ряд новых глазных операций.



## Аветисов Эдуард

Сергеевич (1921-2001) -

доктор медицинских наук,  
профессор, заслуженный  
деятель науки РФ, заслуженный  
деятель науки Узбекской ССР,  
заслуженный деятель науки  
Армянской ССР, лауреат Премии  
СССР им. М. Авербаха.

В течение 40 лет Эдуард Сергеевич возглавлял отдел охраны зрения детей и подростков, практически создав его. Основные направления его научных интересов и исследований:

- глагодвигательная и бинокулярная патология;
- оптический нистагм;
- рефрактогенез и учение о динамической рефракции глаза;
- близорукость, как одна из основных причин инвалидности по зрению;
- офтальмоэргономика зрительно-напряжённого труда, промышленная офтальмоэргономика;
- слабовидение, разработка средств спецкоррекции для слабовидящих;
- разработка и внедрение лазеров (диагностических и лечебных) в офтальмологии, создание лазерплеоптики.



**Э.С.Аветисов был одним из создателей службы охраны зрения детей в нашей стране, в тесном контакте с главным детским офтальмологом проф. А.В.Хватовой и проф. Е.И.Ковалевским создавал систему специализированных кабинетов охраны зрения (краевых, областных, городских, районных), детских садов, санаториев для лечения детей с рефракционной, глазодвигательной патологией, оснащённых специально разработанным комплектом отечественной аппаратуры, подготовленным медицинским персоналом.**



**Ковалевский Евгений**  
**Игнатьевич**

(22.06.1922-8.12.2004) – профессор, основатель кафедры глазных болезней педиатрического факультета 2 МОЛГМИ им. Н.И. Пирогова. В 1960 г. Евгений Игнатьевич Ковалевский защищает кандидатскую диссертацию на тему «Новокаин в эксперименте и при глаукоме».



**Евгений Игнатьевич Ковалевский создал настоящую детскую службу охраны зрения и школу детских офтальмологов. Были организованы глазные кабинеты, созданы оздоровительные лагеря для детей с близорукостью, косоглазием и амблиопией. Благодаря его неукротимой энергии удалось добиться у Министерства здравоохранения СССР введения с 1968 г. должности – офтальмолог детский.**

**В 1992 году Евгению Игнатьевичу было присвоено звание «Заслуженный деятель науки РФ», а в 1993 году – «Заслуженный изобретатель».**



**Краснов Михаил Михайлович** (1929-2006) - выдающийся отечественный офтальмолог, академик Российской академии медицинских наук, основатель и первый директор ГУ НИИ глазных болезней РАМН.

**М.М. Краснов – основоположник отечественной микрохирургии в офтальмологии, он впервые в СССР произвёл имплантацию искусственного хрусталика.**

## **Заслуги Михаила Михайловича:**

- впервые в мировой практике им были разработаны методы безножевого лечения глаукомы, некоторых заболеваний роговицы и хрусталика с помощью предложенных им лазерных установок, не применявшихся ранее в медицинской практике;**
- им выполнена уникальная, единственная в мире операция по реконструкции одного зрячего глаза из двух слепых у больного с ожогом глаз;**
- впервые в мировой практике предложена оригинальная методика лечения тяжёлых бельм роговицы – метод «вживления» оптической линзы в глаз на основе собственной ткани больного.**



Федоров Святослав  
Николаевич

(8.08.1927-2.06.2000) -  
выдающийся офтальмолог XX  
века, профессор, доктор  
медицинских наук, основатель и  
генеральный директор МНТК  
«Микрохирургия глаза» МЗ РФ  
(1986-2000), Герой  
Социалистического Труда,  
академик РАМТ, РАЕН, ЛАР,  
член-корреспондент РАН,

председатель Всероссийского общества  
офтальмологов (1982-2000).



**С.Н. Федоров - первый офтальмолог, внедривший в нашей стране имплантацию искусственного хрусталика для коррекции афакии после удаления мутного хрусталика.**

**Благодаря изобретению новых моделей искусственного хрусталика, институт, а впоследствии Межотраслевой научно-технический комплекс (МНТК) «Микрохирургия глаза», возглавляемый С.Н. Федоровым, стал центром для лечения пациентов с заболеваниями глаз не только для жителей России и стран СНГ, но и дальнего зарубежья.**



**В 1964 году:**

- создал модель интраокулярной линзы - «ирис-клипс-линза» с фиксацией на радужке;**
- предложил операционный стол, и офтальмологи начали оперировать сидя;**
- впервые применил жидкий силикон при проведении операции по поводу отслойки сетчатки;**
- создал более совершенную, оригинальную модель ИОЛ «Спутник», ставшую базовой конструкцией во всем мире и остававшуюся таковой более четверти века.**



**Федоров всегда шел в ногу со временем: создавались новые линзы, которые отвечали самым строгим требованиям – будь то ИОЛ Т-26 (базовая при мануальной технологии малых разрезов и используемая во всех офтальмологических учреждениях России), силиконовые линзы или же более современные ИОЛ, такие как линзы нового поколения ФЛЕКС ПУМА. Все они дали великолепные результаты и обладали минимальным количеством побочных действий, что позволяет использовать их и в настоящее время.**



**Филатов Владимир Петрович**  
(27.02.1875- 30.10.1956) -  
офтальмолог и хирург, академик  
АМН СССР и АН УССР, Герой  
Социалистического Труда. В 1912  
году осуществилась его заветная  
мечта - он сделал первую операцию  
по пересадке роговицы. В 1913 году  
В.П. Филатов предложил новый  
метод измерения внутриглазного  
давления - эластотонometriю.



В 1903 году он был приглашен профессором С.С. Головиным в Одессу на должность ординатора в клинику глазных болезней Новороссийского университета.

В 1936 году, Постановлением Правительства СССР № 632 и был организован Украинский институт экспериментальной офтальмологии, первым и бессменным директором которого оставался до последнего дня своей жизни Владимир Петрович Филатов.



**Впоследствии, В.П. Филатов ввел в медицину и новый эффективный принцип лечения - тканевую терапию, метод использования консервированных тканей, учение о биогенных стимуляторах.**



**Хватова Александра  
Васильевна** - доктор  
медицинских наук, профессор,  
заслуженный деятель науки,  
главный внештатный детский  
офтальмолог Минздрава  
России, руководитель отдела  
патологии глаз у детей  
Московского НИИ глазных  
болезней им. Гельмгольца.

## **Сфера научных интересов:**

- лазерные методы лечения посттравматической патологии, включая последствия перенесенных операций;**
- реконструктивная лазерная хирургия различных заболеваний глаз;**
- органосохранное лазерное лечение иноперабильной патологии глаз;**
- ультразвуковые исследования слезоотводящих путей;**
- блефаропластика при различных заболеваниях и состояниях (косметическая пластика верхних и нижних век);**
- реконструкция конъюнктивальной полости при симблефаронах и анкилоблефаронах с использованием оригинальных методик и материалов.**



# Достижения современной детской офтальмологии



**Структура и уровень глазной патологии, а также слабовидения и слепоты у детей в последнее десятилетие в нашей стране претерпели благоприятные сдвиги:**



**1. Расширилась сеть детских глазных отделений в детских многопрофильных и общесоматических больницах для взрослых, где на современном уровне осуществляется диагностика и эффективное консервативное и микрохирургическое лечение всех видов глазной патологии.**



**2. Подготовка будущих специалистов-педиатров по офтальмологии проводится на педиатрических факультетах преимущественно на базе детских глазных учреждений (глазные кабинеты детских поликлиник, детские специализированные сады, глазные отделения детских больниц и др.).**



**3. Проводятся ранние (до года жизни) исследования у детей клинической рефракции и назначения оптической коррекции аметропии, что почти в 2 раза уменьшает число случаев рефракционной амблиопии и косоглазия, создаются условия для нормального функционирования не только зрительного анализатора, но и всей оптико-вегетативной (фотоэнергетической) системы, обеспечивающей более гармоничное развитие ребенка.**



**4.** Существенно расширились показания к хирургической профилактике начальных проявлений прогрессирования близорукости.

**5.** Разработаны и внедрены в практику новые методы хирургического лечения и технических средств.



**Большие трудности связаны со своевременной и безотказной госпитализацией детей с разнообразной глазной патологией, требующей и сложной диагностики, и комплексного (медикаментозного, лучевого, хирургического) лечения. В маломощных отделениях (на 10, 20, 30 коек) резко ограничены возможности обследования и лечения детей с разнообразной глазной патологией. Единственно правильный выход из существующего положения - это создание меньшего числа крупных глазных отделений в некоторых многопрофильных детских больницах.**

**Первостепенной разработки требуют вопросы:**

- этиологии, профилактики и лечения врожденной внутриутробной и наследственной глазной патологии (аномалии, воспаления, опухоли, глаукома, катаракта, дегенерация, атрофия и др.);**
- показаний к ранней оптической коррекции аметропии;**
- оптимизации принципов и методов организации и осуществления новой технологии лечения и реабилитации глазных болезней у детей различного возраста в поликлиниках и стационарах.**



# Структура и уровень детских глазных болезней

## Наиболее часто встречающиеся проблемы «с глазами» у детей:

- 1) амблиопия - или «ленивый глаз»;
- 2) нарушения рефракции глаза, а именно:
  - близорукость (миопия)
  - дальнозоркость (гиперметропия)
  - астигматизм;
- 3) косоглазие, которое делят на:
  - содружественное косоглазие
  - паралитическое косоглазие;
- 4) катаракта;
- 5) ретинобластома;
- 6) ретинопатия;
- 7) ранения глаз.

1) **Амблиопия** – означает снижение остроты зрения, возникающее при нарушении нормального развития зрительной системы. Амблиопия – пониженное зрение из-за бездействия или ленивый глаз.

2) **Миопия** является наиболее распространенным нарушением рефракции, т.е. переднезадняя ось глаза больше, чем должна быть в этом возрасте. Изображение предметов при близорукости складывается не на сетчатку, что дало бы хорошее зрение, а перед сетчаткой и изображение получается расплывчатым.

Гиперметропия представляет собой норму, когда речь идет о ребенке младшего возраста. Но в случаях, если к 10 годам она не проходит, могут появиться астенопические жалобы - головные боли и затуманивание зрения.

При гиперметропии глазное яблоко (его переднезадняя ось) «короткое», в результате чего изображение предметов располагается позади сетчатки.

При астигматизме нарушается сферичность роговицы, т.е. в разных меридианах разная преломляющая сила и изображение предмета при прохождении световых лучей через такую роговицу получается не в виде точки, а в виде отрезка прямой, при этом четкое видение предмета искажается.

**3) Косоглазие** является одним из наиболее частых глазных заболеваний в детском возрасте (установлено, что распространенность косоглазия составляет 2 % от общего числа новорожденных).

Причиной косоглазия могут быть патологии рефракции, дефекты в развитии мышечного аппарата глаз, поражение центральной нервной системы, дефекты развития глазодвигательных нервов и черепно-мозговых ядер.

**4) Катаракта** - помутнение хрусталика, у детей чаще возникает ещё во внутриутробном периоде, из-за наследственных причин или болезни матери во время беременности. Существует большой риск появления катаракты у ещё не родившегося младенца, если его мать в период беременности переболела краснухой. Причиной помутнения хрусталика могут быть и нарушения обмена веществ ребёнка.

**5) Ретинобластома** - злокачественная опухоль сетчатки, опасна не только для глаза, но и для жизни ребёнка. Ретинобластома может передаваться по наследству.

6) У детей, которые родились преждевременно с очень малой массой тела (обычно менее 2000 г) и длительно получали при выхаживании ингаляции кислорода, также может возникнуть белая окраска зрачков. Такая патология — ретинопатия недоношенных, в отличие от ретинобластомы, не угрожает жизни, но очень опасна для зрения.

7) Ранения глазного яблока сопровождаются нарушением его целостности. Симптомы многообразны и определяются силой удара, местом и площадью его приложения, формой и величиной ранящего предмета. Общие симптомы — резь и боль в глазу, слезотечение, светобоязнь, блефароспазм.



**Работа детских офтальмологов  
в стационарах, поликлиниках  
и кабинетах по охране  
зрения детей**



**В целях организационно-методического руководства и оперативного контроля за деятельностью детской офтальмологической службы во всех республиках, краях, областях, городах и при центральных районных больницах органами здравоохранения (министерства, управления, отделы) утверждаются (из числа наиболее опытных детских глазных врачей) нештатные главные (старшие) детские офтальмологи.**



**Офтальмологическую помощь детям оказывают как в специализированных детских учреждениях, так и в глазных учреждениях для взрослых.**

**Мероприятия по охране зрения детей необходимо осуществлять еще до рождения ребенка в женских консультациях. Уже в этот период следует формировать так называемые группы профилактики (риска) по глазной патологии.**

## Детские офтальмологи должны:

**1)** по первому сигналу из родильного дома или с педиатрического участка (но не позднее чем через 4 мес. со дня рождения ребенка) проводить обследование органа зрения у новорожденных с отягощенной наследственностью по глаукоме, катаракте, ретинобластеме, дистрофии сетчатки и атрофии зрительного нерва, а также у недоношенных и детей, родившихся от матерей с патологией беременности и в осложненных родах;

**2) осуществлять полное офтальмологическое исследование у детей в возрасте 3 лет, при этом нужно исследовать остроту зрения и клиническую рефракцию в условиях медикаментозного мидриаза (скополамин, гомо-тропин и др.);**

**- выявлять близорукость любой величины, дальнозоркость выше 3,0 дптр, астигматизм выше 1,0 дптр, анизометропию выше 2 дптр, назначать необходимую оптическую коррекцию;**

**- составлять списки детей, лечение и воспитание которых необходимо проводить в группах специализированных детских садов, профилированных группах общих детских садов, и передавать эти списки в РОНО для организации этих учреждений;**

**3) обязательно проводить углубленное исследование органа зрения к 5-7 годам (перед поступлением в школу), обращая особое внимание на остроту зрения вдаль и вблизи, устанавливая причины ее снижения.**

**Выявлять группу детей с близорукостью или повышенным риском ее возникновения (дети, родители которых страдают близорукостью, ослабленные или больные, дети с резко сниженной аккомодацией, астигматизмом, ложной близорукостью) и осуществлять по отношению к ним медико-педагогические мероприятия при участии педиатров и учителей.**

**4)** проводить с группой профилактики специальные тренировки аккомодации и занятия лечебной гимнастики; обеспечивать ежегодное офтальмологическое исследование и в случае необходимости лечение всех школьников группы профилактики;

**5)** проводить после 3-го и 8-го класса углубленный осмотр органа зрения и осуществлять необходимую оптическую коррекцию выявленных аметропии; при углубленном обследовании 15-летних школьников обращать особое внимание на профессиональную ориентацию лиц с дефектами зрения, а также на подготовку юношей к службе в Вооруженных Силах;



**6) проводить систематические в согласованные сроки семинары, лекции, беседы с акушерами и микропедиатрами, со школьными врачами, с участковыми и районными педиатрами, работниками санитарно-эпидемиологической службы, а также органов и учреждений народного образования (дошкольные учреждения и школы) по вопросам охраны зрения и первой офтальмологической помощи детям;**



ВОЗ классифицирует профилактические мероприятия с позиции первичной и вторичной профилактики, выделяя в системе профилактики два звена или две стадии единого профилактического процесса: **первичную профилактику** и **вторичную**.

Первичная профилактика включает в основном предупредительные меры общемедицинского и санитарно-гигиенического характера. В осуществлении ее главную роль играет офтальмолог. **Первичная антенатальная профилактика** заключается в создании оптимальных условий для развития плода, в устранении или уменьшении влияния неблагоприятных факторов внешней среды на организм беременной женщины, на формирование плода и органа зрения.

## ***Первичная постнатальная профилактика***

заключается в предупреждении расстройства зрения и заболевания глаз после рождения ребенка в течение всего периода детства. Она включает меры по охране здоровья детей, предотвращению у них развития инфекционных и системных заболеваний, созданию оптимальных гигиенических условий для зрительной работы и предупреждению повреждений органа зрения у детей.



**Вторичная профилактика.** Это система мер по охране зрения у детей при уже возникшем заболевании глаз. Успешное решение этой задачи во многом зависит от раннего выявления, правильного распознавания и активного профилактического лечения таких заболеваний.



## ***1.2. Структура специальных дошкольных учреждений и школ-интернатов для детей с нарушениями зрения***



# Основные направления работы специальных дошкольных учреждений для детей с дефектами зрения



**Специальное дошкольное учреждение - это учебное заведение, направленное на воспитание, обучение, разностороннее развитие детей с психофизическими нарушениями с целью ранней коррекции патологических отклонений развития, адаптации к окружающей среде и социальной интеграции.**



## **Основные задачи воспитания и обучения дошкольников с нарушениями зрения:**

- охрана физического и психического здоровья детей, формирование основ здорового образа жизни ребенка;**
- всесторонне воспитание личности ребенка, развитие его возможностей и творческого потенциала;**
- формирование гуманных взаимоотношений с родными и близкими, обеспечение эмоционального комфорта каждого из воспитуемых;**
- воспитание уважения к общечеловеческим и национальным ценностям.**



**Процесс обучения и воспитания в специальном дошкольном учреждении для детей с нарушениями зрения помимо общих задач развития дошкольника решает и специальные, связанные с исправлением дефекта развития детей.**



**Все вышеперечисленные задачи обуславливают направления работы специальных дошкольных учреждений для детей с нарушениями зрения, а именно:**

- организационно-педагогическая работа;**
- лечебно-восстановительная работа;**
- коррекционно-образовательная работа.**



## Организационно-педагогическая работа

включает в себя методическое обеспечение коррекционно-воспитательного процесса, комплектование групп, организацию работы по совершенствованию педагогического мастерства коллектива тифлопедагогов, просветительская работа среди воспитателей и родителей, консультационная помощь родителям детей с нарушениями зрения.



Лечебно-восстановительная работа включает в себя специфическое лечение, восстановление, развитие и охрану, стимуляцию остаточного зрения у слепых и улучшение зрения у слабовидящих детей, осуществляется сёстрами-ортоптистками под руководством врача-офтальмолога.



Целью коррекционно-образовательной работы является всестороннее развитие ребенка и подготовка его к школе. Вся работа воспитателя ведется в соответствии с рекомендациями врача-офтальмолога, и тифлопедагога. Каждый вид деятельности, каждое занятие имеют, помимо общеобразовательных задач, коррекционную направленность, вытекающую из совместного с тифлопедагогом плана перспективной работы.



# Специализированные школы-интернаты для слепых и слабовидящих детей



**Для детей школьного возраста, имеющих недостатки в физическом или умственном развитии организуются специальные общеобразовательные школы-интернаты.**

**В этих учреждениях, в зависимости от их типа и срока обучения, дети получают образование за курс восьмилетней или средней общеобразовательной школы.**



**Школы-интернаты для детей с нарушениями зрения:**

- а) специальные общеобразовательные школы-интернаты для слепых детей;**
- б) специальные общеобразовательные школы-интернаты для слабовидящих детей.**

При них могут создаваться дошкольные группы (старшие и подготовительные) с одно-двухгодичным сроком пребывания, а также вспомогательные классы для слепых и слабовидящих детей, имеющих отклонения в умственном развитии. В случае необходимости в школах-интернатах для слабовидящих детей могут создаваться классы для слепых, а в школах-интернатах для слепых - классы для слабовидящих детей при условии раздельного их обучения.





# Показания и порядок направления детей в школы-интернаты для детей с нарушениями зрения



**1. Приему в специальные общеобразовательные школы-интернаты (школы) слепых и слабовидящих подлежат дети с остротой зрения на лучшем глазу в пределах от 0 до 0,4.**



**2.** В школы-интернаты слепых принимаются дети:

**а)** с остротой зрения на лучшем глазу 0,04 и ниже с переносимой коррекцией;

**б)** с остротой зрения на лучшем глазу 0,05 - 0,08 с переносимой коррекцией, при прогрессирующей атрофии зрительного нерва, при тапеторетинальных дистрофиях сетчатки и других заболеваниях, характеризующихся прогрессирующим падением зрения.



**3. В школы-интернаты (школы) слабовидящих принимаются дети:**

**а) с остротой зрения 0,05 - 0,4 на лучшем глазу с переносимой коррекцией, при этом учитывается состояние других зрительных функций (поле зрения, острота зрения для близи), форма и течение патологического процесса. При отсутствии прогрессирования патологического процесса и астенопических жалоб дети с остротой зрения выше 0,2 могут обучаться в массовой школе;**



**б) с более высокой остротой зрения при прогрессирующих или часто рецидивирующих заболеваниях, а также при наличии астенопических явлений, возникающих при чтении и письме на близком расстоянии;**

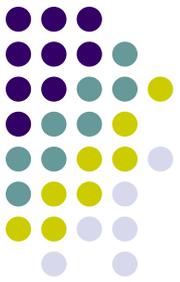
**в) во всех случаях дети должны читать шрифт № 9 таблицы для определения остроты зрения для близи с переносимой коррекцией обычными оптическими стеклами с расстояния не ближе 15 см.**



**4. Приему в подготовительный класс подлежат дети 7-летнего возраста. Однако, в отдельных случаях как в подготовительный, так и в другие классы допускается прием детей с превышением возрастных норм, установленных для общеобразовательных школ, на два года. В дошкольные группы могут приниматься дети 6-летнего возраста.**

**5. Не подлежат приему в школы слепых и слабовидящих:**

- а) глубоко умственно отсталые дети (олигофрения в степени имбецильности, идиотии);**
- б) дети с глубокими отклонениями в поведении, нарушениями эмоционально-волевой сферы (органического происхождения);**
- в) дети с глубокими нарушениями двигательной сферы, самостоятельно не передвигающиеся и не обслуживающие себя;**
- г) слепоглухонемые.**





**6. Направление детей в школы слепых и слабовидящих производится органами народного образования на основании заключения республиканской или областной медико-педагогической комиссии.**