**МАЗМҰНЫ**

**КІРІСПЕ**

**1. САЛ АУРУЫ ТУРАЛЫ ТҮСІНІК**

1.1. Балалар церебральды сал ауруы: түсінігі, этиологиясы, белгілері

1.2. Балалардың церебральды сал ауруын зерттеу тарихы

**2. САЛ АУРУЛЫ БАЛАЛАРДЫҢ ТҮРЛІ ӨНІМДІ ІС-ӘРЕКЕТТЕРІН ЖЕТІЛДІРУ**

2.1. Сал аурулы балалардың оқыту маңыздылығын анықтау

2.2. Арнайы емдердің әдіс-тәсілдері

**ҚОРЫТЫНДЫ**

**ПАЙДАЛАНЫЛҒАН ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ**

  **КІРІСПЕ**

Курстық жұмыс өзектілігі:

Курстық жұмыс мақсаты:

Курстық жұмыс міндеті:

- Балалар церебральды сал ауруы туралы түсінік беру, этиологиясы мен белгілерін анықтау;

- Балалардың церебральды сал ауруын зерттеу тарихына тоқталу;

- Сал аурулы балалардың оқыту маңыздылығын анықтау;

- Арнайы емдердің әдіс-тәсілдерін жіктеу.

Курстық жұмыстың зерттеу болжамы:

Курстық жұмыстың практикалық құндылығы:

Курстық жұмыстың құрылымы: Кіріспеден, екі бөлімнен, қорытынды, пайдаланған әдебиеттер тізімінен тұрады.

Зерттеу пәні: Инклюзивті оқыту.

Зерттеу әдісі: салыстыру, жинақтау, ғылыми әдебиет көздеріне талдау, бақылау.

**1.САЛ АУРУЫ ТУРАЛЫ ТҮСІНІК**

1.1. Балалар церебральды сал ауруы: түсінігі, этиологиясы, белгілері

Мамандар "балалардың церебральды параличі" (БЦП) сөз тіркесі деп мидың кіші жастағы зақымдануы нәтижесінде пайда болған қозғалыс функцияларының бұзылу тобын түсінеді. Бұл бұзылулар үдемелі емес. Олар баланың тууынан пайда болады және өмір бойы жалғасады.

Қозғалыс бұзылыстары әдетте бұлшықеттердің белгілі бір тобындағы әлсіздік болып табылады. Осыған байланысты жаяу жүру бұзылған, қол, аяқ, мимиялық бұлшықет қозғалыстары үйлестірілмеген. БЦП диагнозы кезінде интеллектуалдық даму мен сөйлеу бұзылуы мүмкін.

БЦП-ның басты себебі-анасының құрсағындағы немесе туғаннан кейін баланың гипоксия (оттегінің жетіспеуі немесе тұншығу). Ол ананың жүктілік патологиясының салдары болуы мүмкін (токсикоздар, плацентарлық қан айналымының бұзылуы, инфекциялар). Акушерлік патологияның әртүрлі түрлерінен туындаған босану жарақаттары-ананың тар жамбасы, оның дұрыс емес құрылымы, босану қызметінің әлсіздігі, созылмалы немесе тез босану және т.б. — сондай-ақ ұрықтың миының зақымдану мүмкіндігін жоққа шығармайды. Көптеген жағдайларда босанудың ауырлығы баланың құрсақішілік дамуының бұзылушылықтары анықталса да.

Жақында ғалымдар көптеген жағдайларда балалардың церебральды салдануы жүйке жүйесінің босану жарақатымен байланысты емес, осы уақытқа дейін саналған, инфекциялық процестің салдары болып табылатындығын анықтады. БЦП туғанға дейін немесе туғаннан кейін вирустардың (мысалы, герпес вирусы) құрсақішілік әсерінің нәтижесінде пайда болуы мүмкін деп болжанады. Осылайша, бұл инфекция "түсіру ілгегінің" рөлін атқара алады және баланың жүйке тіндерін зақымдайды. Босанғаннан кейін нәрестелердің гемолитикалық ауруы — баланың миының интоксикациясы болатын "ядролық сарғаю" деп аталатын ауруды тудыруы мүмкін. Оны ана мен ұрықтың қанының қан тобы немесе резус-факторы бойынша үйлеспеуін, сондай-ақ нәрестенің бауыр жеткіліксіздігі тудыруы мүмкін.

БЦП даму негізінде жатқан гипоксия баланың бас миы құрылымының дамымауына әкеледі. Әсіресе рефлекторлық механизмдердің қалыптасуы мен дененің тепе-теңдігін сақтау үшін жауаптағы оның учаскелері. Бұл скелетте бұлшықет тонусының дұрыс бөлінбеуіне және патологиялық қозғалыс реакцияларының пайда болуына әкеледі.

Симптомдар мидың зақымдану дәрежесіне байланысты. Бұл сәбидің ерте балалық шағында аяққа тұруы мүмкін емес, ал ол өздігінен 2-3 жасқа қарай жүре бастайды. Кейіннен балада бұзылған жүріс байқалады. Зақымданған аяқтар өсуде артта қалуы мүмкін.

Балалар церебральды сал ауруымен жүйке, бұлшық ет және қимыл үйлесімін оңалту мүмкін бе? Ең алдымен, емдік дене шынықтыру кешені және массаж курсы, сондай-ақ бұлшық ет тонусын төмендететін құралдарды қолдану қажет. Сонымен қатар, зақымданған аяқ-қол буындарының баяу қозғалуының дамуын болдырмау үшін алдын алу қажет (мысалы, парафинді аппликация, ыстық тістеу). Сондай-ақ, жүйке тінінде микроциркуляцияны және оның тамақтануын жақсартатын препараттарды қабылдауды ұсынады.

Балалар жасындағы спастикадағы хирургиялық операцияларға келер болсақ, тірек-қимыл аппаратының туа біткен ақаулары болмаған жағдайда — бұл өте даулы мәселе. Спастика буындардың қозғалуын шектейді, сүйектердің қалыпты өсуіне кедергі жасайды. Мысалы, жамбас буындарындағы қозғалысқа жауапты бұлшықеттердің қысылуы жиі аяқтардың айқасуына алып келеді, тек жүру мүмкіндігін ғана емес, сонымен қатар дәретханаға отыру сияқты өмірлік маңызды функцияны орындауды қиындатады. Сирақтың спастикасы оның деформациясына, жүру динамикасының бұрмалануына әкеледі. Қазіргі ғылым аясында сіңірлерді ұзарту, сүйектердің жағдайын қалыпқа келтіру үшін операция жасау керек . Объективті, функционалдық жүйені (қалыптасқан электронды байланыс) өзгерту мүмкін емес, және БЦП бар адамдарға олардың барынша қолда бар мүмкіндіктерін (спастиканы азайту үшін дәрі-дәрмектерді тұрақты қабылдау, сіңірлерді хирургиялық жолмен ұзарту, аномальды импульсация жүріп жатқан жүйкелерді кесу және т.б.) пайдалана отырып, өмірге бейімделуге ғана болады. Бірақ аурудың себебі-мидың ақаулары және орталық жүйке жүйесінің аномальды қалыптасқан функционалдық байланыстары — іс жүзінде емнен тыс қалады.

1.2. Балалардың церебральды сал ауруын зерттеу тарихы

Балалар церебральды сал ауруы жетекші қозғалыс ақауы кезінде түрлі психомоторлы бұзылуларда пайда болатын мидың ауыр ауруы.

Балалар церебральды сал ауруы (БЦП) термині бас миының қозғалыс жүйелерінің зақымдануы кезінде пайда болатын және бұлшық ет функцияларына жүйке жүйесі тарапынан бақылаудың жетіспеушілігінде немесе болмағанда пайда болатын қозғалыс бұзылыстарының тобын білдіреді.

БЦП-да ерте, әдетте құрсақта зақымдану немесе мидың дамымауы орын алады. Бұл бұзушылықтардың себептері әртүрлі болуы мүмкін:

- болашақ ананың әртүрлі созылмалы аурулары;

- жұқпалы аурулар, әсіресе вирустық аурулар, уыттану;

- ана мен ұрықтың резусфактор немесе топтық қатыстылығы бойынша сәйкеспеуі;

- жүктілік кезіндегі соққы және т. б.

Ұрықтың шала тууы немесе артық болуы ықтимал факторлар болуы мүмкін .

Жекелеген жағдайларда БЦП себебі болуы мүмкін:

- акушерлік жарақат;

- баланың оттегінің жетіспеушілігіне байланысты бас миының жүйке жасушаларының зақымдануына әкеп соқтыратын ұрықтың мойны айналасындағы кіндіктің оралуымен созылмалы босану;

- кейде БЦП бір жасқа дейін туылғаннан кейін энцефалитпен (Ми затының қабынуы) асқынатын жұқпалы аурулардың нәтижесінде, бастың ауыр соққысынан кейін пайда болады.

БЦП термині ғасырдан астам уақыт бойы бар. Алайда, өзінің ұзақ тарихына қарамастан, осы уақытқа дейін осы мәселеге көзқарастарымыз да әртүрлі. Клиникалық практикада БЦП жалпыланған терминімен қатар кейде Литтль ауруы термині қолданылады. Мұндай атау Британдық Хирург - ортопед Уильям Джон Литтлдің (Wіllіam John Lіtle) құрметіне ұсынылды, ол ХІХ ғасырдың ортасында туғаннан кейінгі балалардың ақыл-ой және физикалық дамуының бұзылыстары мен босану кезіндегі асқынулар арасындағы себепті байланыс орнатты . Оның көзқарастары "патологиялық және қиын босану, шала туылу және жаңа туған нәрестелердің асфиксиясының балалардың ақыл-ой және физикалық жай-күйіне, әсіресе деформацияға қатысты әсері туралы" мақаласында келтірілген. Ұлыбританияның акушерлік қоғамына арналған бұл мақала церебральды сал ауруы туралы кітаптар мен мақалаларда жиі айтылады.

Уильям Джон Литтль (William John Little, 1810-1894), Британдық ортопед, босану кезіндегі асқынулар мен баланың ақыл-ой және физикалық дамуының бұзылыстары арасындағы себепті байланысты алғаш рет орнатқан. Литтлдің жұмыстары оның замандастарының назарын аударды. Өз қарсыластарына жауап бере отырып, Литтль патологиялық босанудың неврологиялық салдарын сипаттауда өз біріншілігін бекітпеді. Бұл туралы ағылшын медициналық әдебиетінде ақпарат таба алмай, Уильям Шекспирдің дәйексөзін келтірді. Литтльдің пікірінше, Ричард ІІІ сипаттамасында шала туылу және босану кезіндегі асқынулар салдарынан пайда болған деформациялар айқын көрінеді. Мұндай қозғалыс бұзылыстары 1889 жылы Канадалық дәрігер Уильям Ослер церебральды параличтерді қолдануды ұсынғанға дейін Литтль ауруы деп аталды. "Балалардағы церебральды салдар" атты ауқымды монографияда ол сондай-ақ бала туу мен жүйке жүйесінің зақымдануы арасындағы байланысты атап өтті. Уильям Ослер (William Osler) (1849-1919), атақты канадалық ортопед. Джон Хопкинс, "балалардағы церебральды параличтер" кітабын жазды, балалар церебральды параличі жеке нозологиялық форма ретінде, ол церебральды шығу тегі әртүрлі моторлы бұзылуларды біріктіретіні туралы бірінші болып белгілі веналық невропатолог, ал кейіннен – көрнекті психиатр және психолог Зигмунд Фрейд атап өтті.

Зигмунд Фрейд (Sigmund Freud' 1856 -1939) толық аты Сигизмунд Шломо Фрейд, австриялық дәрігер, психоанализдың негізін салушы.

"Церебральды паралич" термині егер де қолданылса, онда тек басқа терминдермен біріктіріліп айтылды (мысалы, "церебральды рулық паралич"). Дегенмен, XIX ғасырдың екінші жартысындағы күнделікті клиникалық тәжірибе терминологияны нақтылауды қажет етті. Фрейд өзінің монографиясында "балалар церебральды салдары" термині "бұрыннан белгілі патологиялық жағдайларды, және бұлардың үстінде бұлшық ет ригидтілігі немесе спонтанды бұлшықет тартылуы басым болуы" деп жазады. Балалар церебральды параличінің фрейдовтік жіктелуі және түсіндіруі басқа авторлардың кейінгі тұжырымдарына қарағанда кең болды. Ол тіпті сал болмаған жағдайда да, мысалы эпилепсия немесе ақыл-ой дамуының кідірісі кезінде де осы терминді қолдануды ұсынды. БЦП-ның бұл түсіндіруі ерте "мидың зақымдануы" концепциясына әлдеқайда жақын. Мүмкін Фрейд балалардағы әртүрлі моторлы бұзылуларды бір нозологиялық топқа біріктіруді ұсынды, себебі ол балалар неврологиясының осы саласын ретке келтірудің басқа жолын таба алмады. Алдымен ол церебралды гемиплегияны зерттеді. Содан кейін барлық басқа моторлы зақымданулар бір топқа біріктірді, оны церебралды диплегия деп атады. Бұл топтың төрт түрі анықталды:

1) жалпы церебральды ригидтілік;

2) параплегиялық ригидтілік;

3) билатеральды гемиплегия;

4) жалпы хорея және билатеральды атетоз.

Кейінірек осы түрлі моторлы бұзылуларды балалардың церебральды сал ауруы деп Фрейд бір нозологиялық бірлікке біріктірді . ХХ ғасырда нозологияны анықтауда консенсустың болмауы ғылыми зерттеулер жүргізуді күрделендірді. Мамандар үшін БЦП-ға жалпы көзқарасты қалыптастыру қажеттілігі айқын болды. Кейбір зерттеушілер БЦП – ны бірыңғай клиникалық нозология ретінде, басқалары-ұқсас синдромдарды аудару ретінде түсіндірген.

Церебралды салдарға заманауи көзқарастарды қорытуға және одан әрі дамытуға бағытталған бастамалардың бірі Рональд Маккейстің (Ronald MacKeith) және Пол Полани (Paul Polani) бастамасымен 1957 жылы Литтль клубын құру болды. Екі жылдан кейін олар церебральды сал ауруын жіктеу және терминология бойынша Меморандумды жариялады. Литтль клубының анықтамасына сәйкес церебральды сал ауруы-бұл ерте өмір жылдарында дене қозғалысы мен жағдайының бұзылуы пайда болатын мидың асқынбайтын зақымдануы. Мидың даму бұзылуының нәтижесінде пайда болатын бұл бұзылулар асқынбаған, бірақ өзгеретін болып табылады.

Одан әрі әлемнің түрлі елдерінің ғалымдары осы ұғымның әр түрлі түсіндірмелерін ұсынды. Церебральды паралич мәселесі бойынша жетекші кеңес маманы, Мәскеудегі БЦП ауруымен ауыратындарды емдеудің ең ірі орталығының жетекшісі, профессор К. А. Семенова осындай анықтаманы ұсынады. БЦП мидың дамымауы және оның онтогенездің әр түрлі кезеңдерінде зақымдануы нәтижесінде пайда болатын клиникалық белгілері бойынша әртүрлі синдромдардың тобын біріктіреді және қалыпты қалпын сақтау және ерікті қимылдарды орындау қабілетсіздігімен сипатталады. ДЦП-ның белгілі бір анықтамасын Левон Бадалян ұсынған. Оның пікірінше, " церебральды салдар мидың дамымауы немесе зақымдануы нәтижесінде пайда болған синдромдар тобын пренатальды, интранатальды және ерте постнатальды кезеңде біріктіреді. Мидың зақымдануы бұлшықет тонусының бұзылуымен және қозғалыстың үйлесімділігімен, қалыпты қалпын сақтауға және ерікті қимылдарды орындауға қабілетсіздігімен көрінеді. Қозғалыс бұзылыстары жиі сезімтал бұзылулармен, сөйлеу және психикалық дамуының кідіруімен, құрысумен ұштасады.

Балалар церебральды сал ауруына көзқарастың қалыптасуында 2004 жылдың шілде айында Мэрилендте (АҚШ) церебральды салдарды анықтау және жіктеу бойынша халықаралық семинар өткізу маңызды кезең болды. Семинарға қатысушылар осы нозологиялық форманың маңыздылығын растады және БЦП этиологиялық диагноз емес, клиникалық сипаттау терминінің болып табылатынын атап өтті. Семинар жұмысының нәтижелері "церебральды сал ауруын анықтау және жіктеу бойынша ұсыныс" мақаласында жарияланды. Авторлар мынадай анықтама ұсынды: "балалар церебральды сал ауруы (БЦП) термині ұрықтың немесе баланың дамитын миының қатты зақымдануынан туындаған белсенділіктің шектелуіне әкелетін қозғалыстың дамуы мен дене жағдайының бұзылу тобын білдіреді. Церебральды паралич кезінде моторлы бұзылулар жиі сезімталдық, когнитивтік және коммуникативтік функциялардың, перцепция және мінез-құлық немесе тырыспалы бұзылыстардың ақаулары жүреді".

**2. АРНАЙЫ БІЛІМ БЕРУДІҢ ТЕХНОЛОГИЯЛАРЫ МЕН ӘДІС ТӘСІЛДЕРІ**

2.1. Сал аурулы балалардың оқыту маңыздылығын анықтау

Дамуында ауытқуы бар балаларды оқыту процесінде тұтастай іскерлік әдіс негізінде оқыту әдістерінің кең таралған сыныптар арасына және дидактикада қабылданған әдістерге сәйкес оқыту танымдық іскерлікті ұйымдастыружәне жүзеге асыру әдістері, оны қалыптастыру және  мотивация бақылау және өзін – өзі бақылау әдістері ажыратылады. Арнаулы білім беру дидактикасы оқытудың әдістері мен тәсілдерінің жалпы педагогикалық арсеналы сонымен ьірге ерекше білімдік қажеттіліктерге ие оқушылардың әрбір категориясы үшін өзінің спецификалық тәсілдерін өзінше оригиналдық білім беру технологиялары болып табылатын коррекциялық – педагогикалық жұмыстың тәсілдері мен әдістемелерін өзгелеріне қарағанда оқушының қажеттіліктеріне және онымен коррекциялық – педагогикалық  жұмыстың тәсілдері мен әдістемелерін қолданады.

Жалпы педагогикалық әдістер мен оқыту тәсілдерін өзгеруіне қарағанда оқушының қажеттіліктеріне және онымен корррекциялық педагогикалық жұмыс жүргізу спецификасына жауап беретін әдістер мен тәсілдердің арнаулы таңдалуы мен әдістерінің компазициясын қарастыратын арнаулы педагогика ерекше түрде пайдаланылады. Сондай –ақ әдістердің бұл сәйкестілігінің ерекше таралуын қарастырылады. Жалпы педагогикалық әдістер оқшауланғаг түрде пайдаланылмайды, бірақ олар бір – бірімен қажетті сәйкестілікті болады, болашақта басты болатын қандай да бір әдіс бір – екі қосымшалармен толықтырылады және бекітіледі. Бастысы әдістердің өзара толықтырылуы болып табылады, осыған орай жаңа материалды түсіндіру кезінде оқытудың бастапқы сатыларында бастылар болып сөзбе –сөз түсіндіру және әңгімелесу   элементтеріне ие көрнекілік –практикалық әдістер табылады. Оқытудың кейінгі кешеуілдеген жылдарында басты орынға көрнекіліктік және практикалық әдістерді толықтыруға ие сөзбе – сөздік әдістер ие болуы мүмкін.

Дамуында ауытқулары бар балаларды оқытудың оқыту – танымдық іскерлігін ұйымдастыру мен жүзеге асырудың әдістемелерінің тобындағы таңдауды компазициясында және тәсілдерін қолдануда едәуір өзіндік бір ерекшелік орын алған. Бұл топқа әдістердің келесі топшалары кіретіні белгілі:

– перцептивтік ( сөзбе – сөз жеткізу және оны оқу материалын көру және есту қабілетті арқылы қабылдау әдістері және оны меңгерудің әдістері мен ұйымдастырылуы бойынша ақпарат беру әдістері көрнекілік және тәжірибелік әдістер)

* логикалық ( индуктивті және дедуктивті)
* гностикалық ( репродуктивті мәселелік – ізденістік зерттеулік)

Бұл барлық әдістер оқытушының сондай – ақ  оқушының жеке басшылығымен жалпы арнаулы білім беру тәжірибесінде таралуы мүмкін. Арнаулы білім беру тәжірибесінде оқушылардың мүмкіндіктері өзінше жұмыс жүргізуге әрдайым мұрша бере бермейді.

Дамуында ауытқуларға ие тұлғалармен коррекциялық педагогикалық жұмыс жүргізу үшін көрсетілген топтардан әдістерді таңдау бірқатар фокторымен анықталады.

Біріншіден оқушыларда перцептивті сфераның дамуындағы ауытқуларға сәйкес есту, көру тіреуіш – қозғалыстық жүйе және т. б. білім алу қабілеті ретіндегі естулік көрулік және тактильді вибьрациялық және өзге де ақпаратты толық қабылдау мүмкіндіктері едәуір төмендетілген сондай –ақ ойлау саналық дамуындағы ауытқулар да оқу аппаратын толық қабылдауға мүмкіндік бермейді. Сол себепті сақталған анализаторға функцияларға ағза жүйесіне яғни осы адамның ерекше білімдік қажеттіліктерінің табиғатына  сүйене отырып оқушыларға жеткілікті түрдегі оқыту ақпаратын толық беруге қабылдауға тұрақтандыруға және өңдеуге мүмкіндік беретін әдістерге ерекше көңіл бөлінеді.

Перцептивті әдістердің топшасында дамуында ауытқулары бар балаларды оқытудың бастапқы сатыларында танымдық іскерлік туралы пайымдаулар мен түсініктердің сенсомоторлық негізін қалыптастыратын тәжірибелік және көрнекілік әдістер бірінші орында тұрады. Бұл әдістерге қосымша болып оқыту бағдарламасын сөзбе –сөз ауызша түрде жеткізу әдістері сақталады. Кейінірек ауызша тәсілдер қолданылатын әдістер жүйесінде маңызды орындардың бірінен орын алатын болады.

Екіншіден , дамуындағы кез – келген ауытқуы кезінде сөйлеу қабілетін дамуында бүліну болатыны белгілі. Мұның өзі әсіресе оқытудың бастапқы сатыларында оқытушының сөзі, оның ауызша түсіндірулері сөзбе –сөз тәсілдер бастылар ретінде қолданыла алмайды.

Үшіншіден , дамудың бүлінуінің түрлі типтері ойлаудың көрнекілік түрлерінің озуына әкеп соқтырады, сөйлеу логикалық сананың қалыптасуын қиындатады, мұның өзі өз кезегінде білім беру процесінде логикалық және гностикалық әдістердің қолданылуы мүмкіндігін шектейді, осыған сәйкес индуктивті әдістерге сондай –ақ түсіндіру репродуктивті және бөлшектік  іздестіру әдістеріне ерекше назар аударылады.

Оқыту әдістерін таңдау мен компазициялау кезінде тек жекелеген коррекциялық – білім беру тапсырмаларына ғана емес сонымен бірге оқытудың жақын арадағы нақты мақсаттарына мәселен іскерліктің арнаулы тобының қалыптасуына жаңа материалды меңгеруге қажетті сөздік активациясына ерекше мән беріледі.

Дамуында ауытқуы бар кіші мектеп жасындағы балаларды оқыту мысалында арнаулы білім беру жүйесінде жекелеген әдістерді пайдаланудың мүмкіндіктері мен ерекшеленетінің қарастырамыз.

Оқытудың ауызша әдістерінің ішінде жалпы мектептік оқыту тәжірибесінде кең таралуға әңгіме дүкен – құру ие. Шынында да әңгімелесу балаларды оқыту процесіне енгізуге мүмкіндік береді, ол тірі пікірлесуге баулиды, балалардың білімдерін аңғаруға және бекітуге жол ашады. Сонымен қатар дефектолог ғалымдар мысалы С. А. Зыков оны арнаулы білім беру жүйесінде пайдалану кезінде бұл әдістің бейтарап жақтарынын бірқатар түрлерін көрсетеді. Бұл әдісті бөлшектей алғанда оқушылардың іскерлігінің бір ғана түрі – олардағы бар білімдердің туындауына шынайы прцедурадан өткен кезде әмбебап әдіске айналып шыға келеді. Әңгіме дүкен құру кезінде әрбір жеке оқушының мүмкіншіліктері және қабілеттіліктері психологиялық ерекшеліктері әлсіз ескеріледі оқытушы бұл кездегі сабақта орталық және бір ғана белсенді фигура болып табылады. Оқушылардың жауаптары формальды алдын – ала меңгерілген болып жиі табамайды. Оларға өз пікірлерін ауызша қалыптастыруға әңгімелесу үшін спецификалы болып саналатын сөйлеу конструкцияларын пайдалануға оқытушыдан және сыныптағы достарынан жаңа жайттарды тануға  едәуір уақыт қажет болады. Бұдан шығатыны ерекше білімдік қажеттіліктерге ие балалардың бірқатар категориясына білім берудің бастапқы сатыларында әңгіме дүкен құру жаңа білімдерді меңгеру жоспарында өз өнімділікті болып келеді. Сонымен қатар ол жаңа материалмен танысу кезінде – бастапқы сатыда (балалардың нені білетіндігін ұғыну үшін) және соңғысында – оқытылған бағдарламаның түсінікболуын тексеру үшін пайдаланылады.

Ерекше білім алу қажеттіліктеріне ие балалардың бірқатар категориялары үшін оқулықпен жұмыс жасау әдісі де өзіндік ерекшелікке ие. Бастапқы сыныптарда оқушылардың сөйлеу және интеллектуалдық даму спецификасының салдарынан оқулық арқылы жаңа материалды түсіндіру жүргізілмейді, өйткені материалды толықтай меңгере алуы үшін балаларға оқытушының тірі эмоционалдық сезімін бекітілген және оқытылатын материалдың анық образдарымен бекітілген өзіндік пәндік –тәжірибелік іскерлік қажет.

Дамуында ауытқуы бар кіші сынып оқушыларының қабылдауының психологиялық ерекшеліктері, барлық категориялар үшін тән болып қабылдау саласының баяулығы, өткен тәжірибеде едәуір тәуелділік обьект бөлшектерін қабылдаудың өз дәлдігі және талдаудың толық еместігі және бөлшектерді синтездеу табылады, жалпы және ерекшеленетін бөлшектерді табудағы қиындықтар, форма мен контур бойынша обьектілерді жеткіліксіз дәл ажырату оөқытудың көрнекілік әдістерін таратудың спецификасын байланыстырады. Сонымен бірге обьекті бақылауды зерттеуді ұйымдастыруы балаларды бұлай оқытудың әдістері мен тәсілдеріне баулуы қажет. Педагогикалық процесте қажетті сенсомоторлық  тәжірибенің жинақталуы, бақылаудың әдістері мен тәсілдерінің бекітілуі және обьектілерді зерттеу бұл кезде қолданылатын сөйлеу құралдарын бекіту үшін бақылау құрамдарының жеткілікті тәжірибесін қамтамасыз ету өте маңызды.

Егер де көрнектілік әдістер тәжірибелік әдістермен сәйкес келсе коррекциялық – педагогикалық жұмыстардың тиімділігі артта түседі. Я. А. Каменский ғұламалы тұрғыдан атап өткендей процесінде көрсететін іскерлік бәрінен жақсы оқытады. Дамуында ауытқулары бар кіші жастағы балаларды арнаулы оқыту жағдайында оқытудың көрнекілік және тәжірибелік әдістерінің органикалық біртұтастығы өмір сүреді, олардың шынайы кейіпке енуі пәндік тәжірибелік оқыту болып табылады. Оның камунативтік функциясында сенсомоторлық және әлеуметтік тәжірибені оқыту танымдық іскерліктің тілдің және сөйлеу қабілетінің үрдістерін дамыту үшін бала үшін тартылуы болып табылатын біріккен түрдегі іскерлік процесінде сөйлеу арқылы қарым –қатынас жасауда танымдық қызығушылық пен шынайы қажеттілікті тудыратын арнаулы ұйымдастырылған дидактикалық орта туындайды. Бұл жағдайда әдістердің қарапайым камбинациясы жайында емес, арнаулы коррекциялық білім беру технологиясы жайында айту керек.

Оқытудың тәжірибелік әдісінің көптүрлілігі дидактикалық ойындар мен қызықты жаттығуларды пайдалану болып табылады. Олар оқытуды қалыптастыру тәсілі ретінде қолданыса ие. Ойын кіші жастағы оқушының өнерінде едәуір орын алатындығына қарамастан оны мүмкіндіктері шектеулі балаларды оқытуды да арнаулы әдіс ретінде пайдаланудың өзі ерекше өзіндік қаттамалануын дамытуға арналған өте маңызы өмірлік және практикалық тәжірибенің жеткіліксіздігі психологиялық функциялардың жетік дамымауы көшбасшылық жетіксіздік алдымен мұндай балаларды ойынға үйрету қажеттілігін және кейінен кезекті түрде коррекциялық білім беру процесіне оқытудың әдісі ретіндегі ойынның енгізілуі қажеттілігін тудырады.

Осыған орай арнаулы білім беруде әрқашан максималды коррекциялық – педагогикалық тиімділікке қол жеткізу мақсатында бірнеше әдістер мен тәсілдердің күрделі сәйкестілігі пайдаланылады.Мұндай сәйкестіліктердің комбинациялары және олардың қандай да бір педагогикалық жағдайларда бейімделуі арнаулы білім беру процесінің спецификасын анықтайды. Арнаулы білім беру  процесі жұмыстың әдістерімен тәсілдерінің жай ғана жекелеген сәйкестіліктерін емес, арнаулы білім беру технологияларын пайдаланумен өтеді деп айтуға әбден болады.

2.2. Арнайы емдердің әдіс-тәсілдері

БЦП емдеу-ұзақ және көп кезеңді процесс.Бұл қиын, бірақ үмітсіз емес.

БЦП емдеу қажетті 3 кезеңнен тұрады:

№ 1 кезең. Алдын ала.

Оның мәні ағзаның барлық жүйелерін физикалық жүктемелер көлемінің өсуіне, жаңа режимге дайындауға, сондай-ақ дәрі-дәрмекпен емдеу салдарынан және гиподинамияға байланысты пайда болған токсиндерден ағзаны тазалауға негізделген. Бұл кезеңнің ұзақтығы әдетте 2 аптадан 4 аптаға дейін.

№2 кезең-дайындық.

Бұл емдеудің ең күрделі және ұзақ бөлігі: бұл толығымен және қайтарымсыз спастика алынады. Жұмыс тек биомеханикалық әдістермен жүргізіледі. Спастиканы алып тастаудың жедел және дәрі-дәрмектік "тәсілдері" алынып тасталады.

Спастиканы біржола жоюға жетеді:

\* Күш пен ұзындығы бойынша антагонист бұлшық балансты қалпына келтіру арқылы;

\* Тірек-қимыл аппаратының (ОДА) барлық сегменттеріндегі толық, еркін толық амплитудалық пассивті қозғалыстарды қамтамасыз етуге дейін бұлшық ет тінінің құрылымын қалпына келтіру жолымен бұлшық ет контрактураларын жою есебінен;

\* Буындар мен артикулярлы және периартикулярлы тіндердің құрылымын қалпына келтіру арқылы буын контрактураларын жою есебінен.

Аяқталған дайындық кезеңін пациент денені екі аяқпен қатар, әрбір аяқпен бөлек еркін ұстап тұрған кезде ғана санауға болады.

Бұл кезең өте ұзақ болуы мүмкін, оның ұзақтығы пациенттің жасына, аурудың ауырлығына, психиканың сақталуына, емнің алдындағы ерекшеліктеріне және т.б. байланысты.

№3 Кезең-Негізгі.

Бұл кезеңде қалыпты стереотипте жүру және қозғалыс кезінде тепе-теңдікті сақтау оқытылады.

Кезең аяқталғаннан кейін пациент қамқорлықсыз және қолдаусыз өтуі тиіс.

Жұқа моториканы және күрделі қозғалтқыш стереотиптерін игеру қозғалыс қызметін жетілдірудің келесі кезеңдеріне жатады. Сондықтан емдеу логикасы дұрыс емес патологиялық стереотиптердегі кез келген қозғалыстарға ғана емес, жұқа және күрделі моторикаға - оған ерте және зиянды оқытуға қатаң тыйым салуды көздейді.

Емдеу процесінің барлық кезеңдерінде баланың ата-аналары оның тікелей және белсенді қатысушылары болып табылады. Олардың түсіністігіне, байланысқа дайындығына, орындаушылық пен еңбекқорлығына жұмыстың тиімділігі тікелей байланысты.

Баламен емдеу гимнастикасы мен емдік дене шынықтырумен тек үш жастан бастап айналысуға болады деген пікір бар. Алайда, бұл мәлімдеме қате. Негізгі қозғалыс дағдыларын қалыптастыруға табиғатпен шамамен бір жыл жіберілді – туғаннан бастап бала жүре бастағанға дейін. Бұдан әрі оларды жетілдіру процесі ғана қажет.

Балалар церебральды сал ауруы (БЦП) – ауыр мүгедектікке жиі әкелетін аурулардың бірі. БЦП термині алғаш рет З. Фрейдпен 1893 ж. ұсынылды, ол осылайша құрсақтағы және босану кезіндегі ми ауруларының тобын атады. З. Фрейда БЦП формаларының жіктелуі қозғалыс аясының (аяқ-қолдың) зақымдануы негізінде құрылды және монопарез, парапарер, гемипарез, тетрапарез, трипарезді қамтыды. Профессор К. А. Семенова тек қимыл-қозғалыс қана емес, зияткерлік, психо-сөйлеу және эмоциялық сфералардың дамуын есепке ала отырып, БЦП формаларының ең жетілдірілген, толық жіктемесін шығарды:

1. Қос спастикалық гемиплегия (бұлшықеттердің ригидтілігі бар барлық тондық рефлекстер көрсетілген).

2. Спастикалық диплегия.

3. Гемипарез.

4. Гиперкинетикалық формасы: а) даойды атетоз, б) атетозды бализм, в) хориоатетозды форма, г)хорегринез.

5. Атоникалық-астатикалық нысаны.

Балада БЦП нысаны аурудың айқын көрінген клиникалық көрінісі бойынша анықталады,ол, әдетте, ілеспелі синдромдарды толықтырады.

Балалар невропатологы диагнозды, аурудың клиникалық көрінісі мен түрін, дәрі-дәрмекпен емдеуді белгілейді, егуден бас тартады, сондай-ақ массаж, ЕДШ және басқа да құралдарды тағайындайды.

БЦП балаларды емдеу әдістемесі тек жеке және аурудың жасына, түріне және ауырлық дәрежесіне байланысты. Ол дәрі - дәрмекпен емдеу, массаж, ине және Рефлексотерапия, ортопедиялық режим, кезең - кезеңмен гипстеу, ФТО, бальнео-және хирургиялық емдеу, логопедиялық сабақтарды қамтиды.

Емдік уқалау және ЕДШ мақсатына сәйкес БЦП және ЭҮП ауыратын балаларды емдеуде негізгі орын алады, олар соматикалық әлсіз, тез шаршайды және нашар қалпына келтіріледі. Балалар ағзасының өсуі мен салмағының өсуіне қарай дене дамуында ерекше тонус, гиподинамия, жүйке-бұлшықет және байланыстырғыш аппараттың созылуына байланысты жалпы артта қалушылық байқалады. Сондықтан балалармен жұмыс істеу кезінде жасын, ауырлық дәрежесін және БЦП нысанын, жасырын әлеуетті мүмкіндіктерді ескеру қажет, қол жетімділіктің, жүйеліліктің дидакгиялық принциптерін сақтай отырып, қарапайымнан күрделіге дейін, белгілі белгісіздікке дейін.

ЭҮП және БЦП бар балаларда үш айлық жастан кейін бас миының өткізгіш жолдарының қандай да бір құрылымдарының зақымдануы нәтижесінде туа біткен кейбір рефлекстер әлі де сақталады, вестибулярлық аппараттың (ол болған жағдайда) жұмыс істеуінің антигравитациялық механизмі бұзылады, бұл шартты тізбекті орнату рефлекстерінің дамуына кедергі болып табылады. Бұлшықет тонусы ғана емес, тамырлар мен ішектердің тонусы да өзгереді, қан айналымы, мидың қан айналымы мен тамақтануы және оның жетілуі қиындайды. Патологиялық тонустар үш түрге бөлінеді: гипертонус, гипотонус, дистониялық тонус, яғни жоғары, төмен (айнымалы). Гипертонуста бұлшық ет топтарын алып келетін және өткізетін бүггіштердің шектеулі қызығушылығы байқалады. Нәтижесінде уақыт өте келе "дөңгелек арқа" пайда болады, бел лордозы жоқ, жамбас-сан буындарындағы қозғалғыштығы шектеледі, аяқтардың ажырауы қиындайды (бұл жамбас басының Верт қызметтік ойыстан шығуына әкеледі - дисплазияға күдік), тізе буындарында аяқтары толық ойылмайды, бұршақты табан (буындардағы баяу қозғалуы және контрактуралар болмайды). Гипотонуста (мишық симптоматикасы) вестибулярлық реакциялар мен сіңірлі рефлекстер әлсіреген, вальгусты табандардың қалыптасу үрдісі байқалады. Дистония кезінде балалар, әдетте, олардың мойын-иық бөлімі бұғатталған.

Барлық балаларға емдік гимнастика мен массаж жасау пайдалы, өйткені оларда қозғалыс тәжірибесі жоқ.

Емдік гимнастика (ЛГ) және массаж жүйке бұлшық ет аппаратындағы биохимиялық процестерді, ірі буындардағы қозғалушылықты, бұлшық ет тонусын қалыпқа келтіреді және туа біткен басылу аясында тізбекті рефлекстерді қалыптастыруға жағдай жасайды. Ашытқыны таңдау және ЛГ кешенін құру кезінде баланың бұлшық ет тонусының ерекшелігін, зақымдану дәрежесін (ауырлығын), жасырын әлеуетті мүмкіндіктерді ескеру қажет және биомеханикалық ақталған және қол жетімді бастапқы қалпын және бұлшықеттерді босаңсытуға арналған тиімді тәсілдерді таңдау қажет. Гидроцефалиясы, микроцефалиясы, гипертензиялық синдромы және эписиндромы бар балаларға аса сақтықпен қарау қажет. БЦП-да қозғалу бұзылыстарын емдеу Емдік құралдардың, дәрілердің, ЕДШ, массаж, ортопедиялық тәртіптің, логопедиялық сабақтардың көмегімен кешенді түрде жүргізіледі.

Қазіргі уақытта ҚФФ – бобат, Линдеман, Фрелиха, Войт, Кэбота, Фелпс, Семенова К. А., Бортфельд С. А. және т. б. 25 әдістемелерін қолдануға болады.

Практика көрсеткендей, классикалық емдік массаж; сегментарлы массаж; тыныс алуды жақсарту үшін жағалы аймақты массаж; айналма трофикалық, нүктелі массаж; Монаков жүйесі бойынша массаж; седативті және сергітетін массаж ең тиімді болып табылады.

Балалар цереберальды параличін емдеу тәсілдері

Емдеу тактикасы: невролог, логопед, физиотерапевт, ортопед, психолог, емдік дене шынықтыру мамандар күшінің үйлесімлігін талап етеді, онтогенетикалық рефлекторлық жəне аналитикалық қағидаларда негізделген (Бобат, Войт, Кэбот, Фелпса, К.А. Семенова жəне т.б. əдістемелері) бұзылған функциялар дамуына бағытталған.

Емдеу ерте мерзімдерде басталуы қажет, комплексті және үздіксіз болуы қажет.

Медикаментоздық терапия.

Тыртықтық-жабысқақ процессті азайту үшін, интеллектті көтеру үшін - ЦЕРЕБРОЛИЗИН, ГАММАЛОН.

Нерв және бұлшық ет тіндерінде дистрофиялық процесстерді азайту үшін В тобының витаминдері, витамин Е, глютамин қышқылы қолданылады.

Бұлшық ет тонусын төмендету үшін кураретәрізді препараттар қолданылады: МЕЛЛИКТОН, МИДОКАЛЬМ, МЕФЕДОЛ, ДИПЛАЦИН.

Гиперкинездерде - МЕТАМИЗИЛ, РИДИНОЛ, ЦИКЛОДОЛ.

ЕДШ. 1 кезең (2-жасқа дейінгі балаларда) ЕДШ пассивтік қозғалыстардан басталады, бұлшық еттер мен буындардың тіндерін созу арқылы, контрактураны жоюмен. Одан кейін белсенді қозғалыстарға көшеді. Жаңа туған нәрестелерде қол жеткізілген жағдайды гипстік шинамен немесе ортопедиялық тутормен бекітеді. ЕДШ күніне 3 рет 10 минуттан өткізеді.

Ересектеу балаларда жәй қозғалыстардан бастайды, біртіндеп қиындатады. ЕДШ бір жаттығуы жылы ваннада өткізіледі. Жаттығулар 30-40 минуттан күніне 3 - 4 рет өткізіледі.

2 кезең. 2 жастан үлкен балаларға. Жүруге үйрету келесі кезекпен жүргізіледі:

Төсекте жатып жүруді имитация жасайтын пассивтік және активтік қозғалыстар.

Екі аяғына тұру.

Орнында жүру.

Басқалардың көмегімен жүру.

Арбамен жүру

Манежде жүру.

Балдақтардың көмегімен жүру.

Таяқпен жүру.

Іздік жолмен жүру.

Сатымен жүру.

Өздігінен жүру (Самостоятельная ходьба).

Массаж – жазғыш бұлшық еттердің, абдукторлардың, супинаторлардың массажы

Физиоем

Электрожарықпен емдеу

диатермия.

ионогальванизация йодтық калиймен,

ионогальванизация лидазамен, ронидазамен.

импульстік ток.

Гидрокинезотерапия (хвойные, соленные, морские ванны) 36-37С температурада жүргізіледі. Процедура ұзақтығы 10 - 15 мин, соның ішінде 2 -3 мин. тыныштық, 5-8 мин произвольные қозғалыс жасау, 2-3 мин қайтадан тыныштық.

3. Балшықпен емдеу (Грязелечение ) (38-40 С температурада). Мектепке дейінгі жастағы балаларға 5-8 мин, мектеп жасындағы балаларға 10-15 мин

Ортопедиялық ем физиоемнен кейін контрактуралар профилактикасы үшін 1-ші күннен бастап жүргізіледі. Фиксирленбеген контрактураларда - этапты гипстеу. Көп мөлшерде спазм болса бір реттік контрактураларды жою - в/і листенон енгізу ИВЛ арқылы.

Бобат әдісі (нейрофизиотерапия). Массаж және емдік дене шынықтыру кіретін емнің арнайы әдісі. Ол бұлшық еттің спастикасымен күресу және балаға тепе – теңдік сақтауды үйрету үшін жасалады. Жаттығуларға созылулар, буындар жұмысын жақсарту, баланың белсенді қозғалыстарын жасауға үйрету кіреді. Алдымен созылу, сосын тербелу, кейін еңбектеуге үйрету.

Войт терапиясы (рефлексолокомоция). Нейрорефлекторлы әдістер көмегімен дененің тепе – теңдікті сақтау мақсатында және дененің кеңістікте дұрыс қозғалуы үшін жасалады. Бұл әдісті емшек жасында қолдануды бастаған абзал.

Ортопедиялық невмокомбинизон – буындарды бекітіп, бұлшық еттерді созып, сырттай бұлшық еттерді қатайтып миға дұрыс, өзгертілген сигнал баруға мүмкіндік береді.

Хирургиялық ем.

Оперативті ем ерте мерзімде(2-3жасы) фиксирленген контрактуралар мен деформациялар кезінде қолданылады.

Перифериялық нервтерге операция. Бұл операция түрі аяқ деформациясына байланысты жүргізіледі.

Бекітуші нерв резекциясы жамбасішілік және жамбас сырты кірумен жүргізіледі. Айқын контрактуралар кезінде операциядан кейін ішкі фиксатор көмегімен (гипсті таңғыш немесе ортез ) санды әкетілген жағдайда фиксациялайды.

Штоффель операциясы – тізе буынындағы бүккіш контрактуралар кезінде қолданылады. Бұл операцияда спастикалық жиырылған бұлшықеттерге (икроножный) баратын асықты жілік және шонданай нервтерінің тармақтарын кесу жүргізіледі.

Санның бүккіш-әкелуші контрактуралары кезінде қолданылады. Бұл операцияда әкелуші және бүккіш бұлшықеттер тармақтары кесіледі.

Эггерс операциясы – санның екібасты бұлшықетінің сіңірлерін транспозициялау. Табанның айқын бүгілуі кезінде( конская стопа) ахилл сіңірін кесу жүргізіледі.

Сүйектер мен буындарға операция. Жұмсақ тіндерге жүргізілетін операциялармен қатар жасалады. Негізгі мақсаты – буындардың қозғалысын шектеу үшін –артродез және әкелуші - ротационды деформацияларды жою үшін коррекциялаушы остеотомия.

Тренажермен емдеу

 "Мэри Кэй (Қазақстан)" компаниясының қайырымдылық қолдауымен Қазақстанда алғаш рет Республикалық "Балбұлақ" балаларды сауықтыру орталығында балалардың церебральды сал ауруымен ауыратын сәбилердің қимыл-қозғалысын сауықтыруға арналған бірегей Гросс тренажеры орнатылды. Тренажерді орнатып, қазақстандық әріптестеріне тәжірибе беру үшін Алматыға тренажердің атақты авторы Юхан Артурович Гросс келді. Он жылдан астам уақыт бойы мүгедек балаларды сауықтыру үшін сәтті пайдаланылып келе жатқан Гросс тренажеры қондырғысының бірегейлігі мен жаңалығы - оның тірек-қимыл аппаратының қызметі ауыр бұзылған аурудың өзін сауықтыру кезінде денені тігінен қоюмен қамтамасыз ете алатындығы. Гросс тренажеры моториканы және тірелу қабілетін дамытуға, сондай-ақ буындардың қозғалмалығын және пациенттердің бұлшық еттерінің жұмысын ынталандыруға бағытталған жаттығуларды орындауға мүмкіндік береді. Осы әдістемені қолданғаннан кейін 90% жағдайда бұрын қимылдамаған балалардың өз бетімен қимылдау белсенділігі артады, балалардың 20%-ы жүруді үйренді; 80%-ы - еңбектей, орнынан тұра, жүруге талпына бастады; 85%-ында қимыл координациясы жақсарды; 70%-ының жалпы психикалық жағдайы жақсарды; 50% жағдайда эмоциялық қарым-қатынас және сөйлеу белсенділігі байқалды. Баспасөз мәжілісі барысында журналистер үшін Республикалық "Балбұлақ" балаларды сауықтыру орталығының емдік дене шынықтыру бөліміне экскурсия ұйымдастырылды және бірегей Гросс тренажерының қалай жұмыс істейтіні көрсетілді.

Ат мінгізу

Қазақстанда салт атқа мінгізіп, ем жүргізу 90-шы жылдардың басында пайда болды. Бұл Қазақстандағы сырқат адамдарды емдеу мен оңалту үшін көмекші құрал – зоотерапияны дамытуға үлес қосады. Алайда Людмила Дробышева иппотерапия елде көне заманнан бері қолданылып келген дейді. Маманның айтуынша, салт ат пен адамның қадамдары ұқсас, сондықтан да ол емге үлкен ықпал етеді. Дегенмен оның ең басты жетістігі - жағымды эмоция беретіні дейді маман.

Музыкатерапевт

Ал енді бұл өзі халықтық ем-дом жасау ісінде адамзат игілігіне жарап келе жатқан қолданыста бар дүние екені бесенеден белгілі. Тіпті, тарихтың қатпар-қатпар қойнауына көз жүгіртсек, ежелгі грек философы Пифагор музыканың адам ағзасына, көңіл-күйіне қалай әсер ететіні туралы ғылыми анықтама берген. Сондай-ақ, ертедегі Қытай, Үнді елінің дәрігерлері мен емшілері, философтар мен музыканттары музыканы сырқатты емдеуге пайдаланғаны белгілі. Сол сияқты қазақтың көнеден келе жатқан ауыз әдебиеті жырлары мен аңыз-әфсаналарында да сиқырлы қобыз сарыны, күмбірлеген домбыраның және сызыла шыққан сыбызғы үнінен шығатын музыкалық туындылардың адам организміне әсер етіп, жалпы психологиялық емдік сипатта шипалық қасиеттері болғандығын жоққа шығара алмаймыз. Ендеше, «музыкатерапевт» деген терминдік атау әр кезеңдерде әрқалай үлгіде айтылып келгенімен, жалпы адамзат баласының тұрмыс-тіршілігінде ажырамас құндылықтарға айналғалы қай заман.

Инемен емдеу

Бүгінде елімізде қытай медицинасы дамып келеді. Дәстүрлі ем-домнан бөлек, әртүрлі сырқат түрлерін инемен емдеу – көптеген дертке дауа.

**ҚОРЫТЫНДЫ**

Балалар церебральды сал ауруы-орталық жүйке жүйесінің зақымдалуымен полиэтиологиялық ауру.

Балалар церебральды салдың пайда болуының ең жиі себептері болып табылады.

 нейроифекциялар

 ананың жіті және созылмалы ауруларының салдары

 уыттану

 экологиялық зияндылық және т. б.

Алайда, негізгі мән нейроинфекцияларға – микробтық, вирустық, ми тіндерін зақымдайтын, оның тамырларын береді. Бұл мұрын ішіндегі оттегінің жеткіліксіздігіне, нейрондардың дамуы мен олардың байланыстарының кідіруіне әкеп соғады, себебі туу қалыпты жүруіне байланысты механикалық босану жарақаты, ми қан айналымының бұзылуы, босану кезіндегі асфиксия пайда болады. Соңғы жылдары нейроинфекциялардың таралуы өсті, әсіресе вирусты – тұмау, герпес, хламидиоз және т. б. сияқты. Вирусты және микробтық табиғаттың энцефалиттерімен қатар жүйке жасушалары – ми антигендерінің бұзылу өнімдерінің пайда болуы нәтижесінде олардың салдары ретінде спецификалық емес аутоиммунды қабынуы қалыптасады.

Ұрықтың немесе жаңа туған нәрестенің зақымдану уақытына, ми зақымдануының сипаты мен ауырлығына байланысты, бірінші кезекте қозғалу бұзылыстарының әртүрлі типтерімен, сөйлеу және танымдық қызметтің бұзылуымен сипатталатын сол немесе өзге де клиникалық көрініс қалыптасады.

Балалар церебральды сал ауруы кезінде қаңқа бұлшықеттерінің тонусының дененің жағдайына тәуелділік синдромы байқалады: жатаған жағдайда бұлшықеттердің тонусы қандай да бір дәрежеде қалыпты жағдайға жақындап келеді, бірақ науқас тік орналасқанда бұлшықеттердің тонусы спастикалық немесе ригидтік белгілеріне ие болады.

Бұдан басқа, балалар церебральды сал ауруы кезінде бұлшықет тонусының жаңа туған кезеңдегі дер кезінде өтпеген тоникалық рефлекстердің белсенділігіне тәуелділігінің айқын синдромы байқалады. Тетрапарез нейроинфекцияға байланысты қол бұлшық етінің парезімен және аяқ-қолдың бұлшық етінің парезімен сипатталады.

Аяқ-қолдағы қозғалыс ақаулы болса да, науқасқа жазуға, өзіне қызмет көрсетуге мүмкіндік береді, бірақ науқастар жүрмейді немесе қандай да бір қолдауды пайдаланады. Дені сау балалар сияқты регрессирующая емес, діңдік құрылымдар функцияларының үдемелі патологиялық белсенділігі, ал жылдармен баяу үдемелі патологиялық рефлекстердің белсенділігі (жас ерекшелігінде) елеулі мәнге ие. Бұл жағдай балалардың церебральды салына тән қозғалыс бұзылыстарының патогенезінің көптеген күрделі механизмдерін тудырады.

Идеологиялық тұрғыдан мұны түсінуге болады: Егер ми тінінде шрамы бар болса, олар қалады және ештеңе жасай алмаймыз. Бірақ мұндай балаларға өмірге бейімделуге көмектесу керек. Бала "бәрі сияқты емес" екенін білуі және түсінуі керек. Бірақ бұл нашар дегенді білдірмейді. Содан кейін бәрі ағзаның ерекшеліктеріне байланысты. Және де: баланың болашағы - кез келген адамның болашағы сияқты, оның жеке қасиеттеріне байланысты: табандылық, оптимизм, еңбекке қабілеттілік және өзіне деген сенім.

**ПАЙДАЛАНЫЛҒАН ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ**

1. Физическая реабилитация инвалидов с поражением опорно-двигательной системы/ Под ред. С.П.Евсеева, С,Ф,Курдыбайло. – М.: Советский спорт, 2010. – 488с. Часть II. Физическая реабилитация детей, страдающих детским церебральным параличом. Глава 4. Клинико-функциональная характеристика детского церебрального паралича.

2. Астахов В.А. Детский церебральный паралич: понятие, этиология, симптомы // Здоровье – 2000 - №3 – С.14-15

3. Бровицкий А.С. Виды, симптомы, лечение ДЦП // Здоровье, 2000 - №2-С.15

4. Веселов А.В. Лечение ДЦП // Здоровье, 2000 - №12-С.21

5. Драгунов С.К. Лечебная физкультура и массаж при ДЦП // Здоровье – 2000 - №3 – С.32

6. Яковлева М.Ю. Детский церебральный паралич // Здоровье, 2000 - №5- С.10

7. <https://baribar.kz/student/24244/damuynda-auytqulary-bar-balalardynh-oqytu-manhyzdylyghyn-anyqtau-arnayy-bilim-berudinh-adisteri/>