

**Всеукраїнська громадська організація „Наукове товариство анатомів,
гістологів, ембріологів та топографоанатомів України”
ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія»
Полтавське відділення Міжнародного фонду допомоги хворим з наслідками
травм та захворювань**

ISSN – 2079-8334

Світ медицини та біології

номер 1 (36), 2013 рік

Виходить 4 рази на рік

Заснований в травні 2005 року

Включений до Російського індексу цитування (РИНЦ)
на базі Наукової електронної бібліотеки eLIBRARY.RU

Свідоцтво про державну реєстрацію KB №9878 від 23.05.2005 року.

Фахове наукове видання України (Постанова Президії ВАК України №1-05/2 від
27.05.2009 і № 1-05/3 від 08.07.2009)

Медичні і біологічні науки

©Світ медицини та біології 2013

ЗМІСТ

CONTENTS

КЛІНІЧНА МЕДИЦИНА

CLINICAL MEDICINE

Аветіков Д.С., Ставицький С.О., Кравченко С.Б., Локес К.П. Особливості заміщення посттравматичних дефектів зовнішнього носа	8	Avetnikov D.S., Stavickiy S.O., Kravchenko S.B., Lokes K.P. Features of substituting of post-traumatic defects of external nose
Безручко М.В., Малік С.В., Ситнік Д.А. Роль інтервенційної сонографії в лікуванні гострого холецистити з гнійними паравезикальними ускладненнями у пацієнтів з високим операційно-анестезіологічним ризиком	11	Bezruchko M.V., Malik S.V., Sytnik D.A. Role of intervention ultrasonography in treatment of acute cholecystitis with purulent paravesical complications for patients with high operationally-anaesthetic risk
Без'язична Н.В. Оцінка ступеня запалення слизової оболонки протезного ложа при лікуванні часткової адентії із застосуванням м'яких підкладок базису	14	Bezzyazychna N.V. Evaluation of prosthetic bed mucosal membrane inflammation degree under the treatment of partial adentia with soft base liners application
Бублій Т.Д., Сідаш Ю.В., Соловійов В.М. Поширеність і перебіг герпетичної інфекції серед студентів IV і V курсу стоматологічного факультету	16	Buble T.D., Sidash Y., Solovyov V.M. Prevalence and flow of herpetic infections among students of IV and V courses of dental faculty
Бурка С.А., Шумейко О.Г. Стан кисневого забезпечення у дітей з асфіксією при народженні, що потребують інтенсивної терапії	18	Burka S.A., Shumeyko O.G. State of oxygen providing for children with asphyxia at birth, that need intensive therapy
Бойченко О.М., Гасюк Н.В., Палій О.В. Структура та захворюваність хвороб пародонта у пацієнтів із ішемічною хворобою серця	21	Gasuk N.V., Boichenko O.N., Paliy E.V. Structure and characteristics of parodontal diseases in patients with coronary heart disease
Головко Н.В., Хейдарі Мехді Хоссейн Морфологічна характеристика оклюзії у пацієнтів з глибоким прикусом та ретрузією передніх зубів	23	Golovko N.V., Heydari Mehdi Hosseyn Morphological feature occlusion beside patient with deep bite and retrusion front teeth
Дельва М.Ю. Рівні адипокінів та показники інсулінорезистентності при лакунарних інсультах у осіб з абдомінальним ожирінням	26	Delva M. Yu. Dipokines level and insulin resistance in abdominally obese patients with acute ischemic lacunar strokes
Доброскок В.О. Перебіг ранового процесу та клітинний склад ексудату при гострому одонтогенному остеомиєліті нижньої щелепи у дітей	31	Dobroskok V.A. The course of wound healing and cell composition of fluid in acute odontogenic osteomyelitis of the mandible in children
Дрогвоз К.В., Бусигін О.С., Зайченко Комбінований крем для лікування неспецифічних бактеріально-грибкових вагінітів	34	Drogovoz K.V., Busygin O.S., Zaichenko G.V. Combined creams for non-specific bacterial-fungal vaginitis treatment
Дудченко М.А. Тактика ведення і лікування хворих холецистопанкреатитом	40	Dudchenko M.A. Tactics and treatment of patients with cholecystopancreatitis
Дудченко М.О., Скрипнікова Т.П., Дудченко М., Шапошник О.А. Терапевтична ефективність віпромака у хворих виразковим стоматитом поєднаним з виразкою дванадцятипалої кишки	43	Dudchenko M.A., Skripnikova T.P., Dudchenko M., Shaposhnik O. Therapeutic efficiency of "vipromak" in patients with ulcerative stomatitis in combination with duodenal ulcer
Кривченя Д.Ю., Ксьонз І.В. Патогенетичне обґрунтування протишокової терапії при травмі селезінки у дітей	46	Kryvchenia D. Yu., Ksonz I. V. Pathogenetic substantiation of antishock therapy in splenic trauma in children
Новиков В.М. Зміни параметрів електроміограм жувальних м'язів хворих на склерозуючий артроз з дисфункціональними порушеннями СНЩС та детермінованими порушеннями оклюзії	53	Novikov V.M. Changes of electromyogram parameters of masticatory muscles of patients with deforming form with dysfunctional disorders TMJ and deterministic occlusion violations
Петрушанко Т.О., Черда В.В., Лобач Г.А. Якісний склад мікробіоценозу порожнини рота осіб молодого віку з різною інтенсивністю карієсу	57	Petrushanko T. A., Tron' B. B., loban' G. A. High-quality composition of microbiocenosis of oral cavity of young people with different intensity of caries
Скікевич М.Г., Аветіков Д.С. Токсичні остеомиєліти щелеп на тлі хронічної інтоксикації	46	Skikevich M.G., Avetikov D.S. Toxic osteomyelitis of the jaw on background of chronic intoxication
Тесленко Ю.В. Клініко-лабораторні паралелі при стабільній стенокардії, поєднаній з остеоартрозом у осіб з надмірною масою тіла або ожирінням	59	Teslenko Y.V. Clinical and laboratory parallels of stable angina pectoris, combined with osteoarthritis in individuals who are overweight or obese
Ткаченко П.І., Лобач Ю.Б., Шатрова К.М. Стоматологічний статус та клініко-морфологічна характеристика хронічного гіперпластичного піднижньощелепного лімфаденіту і ясеневого краю у дітей	63	Tkachenko P.I., Lobach J.B., Shatrova K.M. Dental status and morphological characteristics of chronic hyperplastic submandibular lymphadenitis and gum region children
Удальцова К.А. Розрахунок доцільності створення додаткового нахилу стінок каріозної порожнини для посилення адгезії матеріалу	66	Udalceva K.A. The calculation of the feasibility of additional tilt wall cavity to enhance the adhesion of the material
Філатова О.В., Бойко М.Г. Застосування стандартної та індивідуальної терапії при хіміорезистентному туберкульозі	69	Filatova O.V., Boyko M.G. Conventional and patient-centered therapy of drug-resistant tuberculosis
Шкурупій Д.А. Клінічний перебіг синдрому поліорганної недостатності у новонароджених залежно від характеру патологічного стану	74	Shkurupiy D.A. Clinical course of multiple organ failure syndrome in newborns depending on the nature of pathological condition
Шоріков Є.І. Предиктори ризику гострих порушень мозкового кровообігу у хворих на артеріальну гіпертензію та цукровий діабет 2 типу: результати тривалого спостереження	78	Shorikov E.I. Predictor of the risk of acute ischemic in patients with arterial hypertension and diabetes type 2: results long observation
Юшківська О.Г., Страшко Є.Ю. Оцінка рівня моторних порушень та ефективності реабілітаційних заходів у хворих на спастичні форми дитячого церебрального паралічу	82	Yushkovskaya O.G., Strashko E.Y. Assessment of motor disorders' level and efficiency of rehabilitation measures in patients with spastic forms of cerebral palsy
ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНА МЕДИЦИНА		EXPERIMENTAL MEDICINE
Аветіков Д.С., Єрошенко Г.А., Скрипник В.М. Морфофункціональне обґрунтування профілактики післяопераційних	85	Avetikov D.S., Yeroshenko H.A., Skrypnyk V.M. Morphological and functional substantiation of prevention of the

диабетом 2 типа Буковинського регіону України. Кінцевою точкою дослідження вважалась госпіталізація внаслідок епізоду гострого порушення мозкового кровообігу (транзиторної ішемічної атаки та ішемічного інсульту) у даній категорії хворих. В якості достовірних факторів ризику виникнення порушень мозкового кровообігу визначено збільшення індексу маси тіла, утолщення стінок міокарда лівого шлуночка, збільшення маси міокарда лівого шлуночка. Встановлено достовірну залежність виникнення гострого порушення мозкового кровообігу при перевищенні нормальної маси тіла та наявності вираженої гіпертрофії міокарда лівого шлуночка.

Ключові слова: артеріальна гіпертензія, цукровий діабет 2 типу, гостре порушення мозкового кровообігу.

Стаття надійшла 15.01.2013 р.

of type 2 during 5 years from the Bukovinian region (Ukraine). The end point of the research was the first episode of acute vessel brain disorders (transient ischemic attack and ischemic stroke) in hypertensive patients with diabetes. As reliable risk factors of the occurrence of these disorders in the such group of patients the increase of body mass index, the gain of myocardium mass and the increase of the wall thickness of left ventricle were set. It was estimated valid relation between the origin of end-point and exceeding of normal body mass and the features of left ventricle hypertrophy.

Key words: arterial hypertension, diabetes mellitus, ischemic stroke.

Рецензент Литвиненко Н.В.

УДК 616.8-009.11-053.5-08

О.Л. Юшківська, Є.Ю. Страшко

Одеський національний медичний університет, м. Одеса

ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

ОЦІНКА РІВНЯ МОТОРНИХ ПОРУШЕНЬ ТА ЕФЕКТИВНОСТІ РЕАБІЛІТАЦІЙНИХ ЗАХОДІВ У ХВОРИХ НА СПАСТИЧНІ ФОРМИ ДИТЯЧОГО ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛІЧУ

У статті представлені результати застосування авторської методики реабілітації хворих спастичними формами дитячого церебрального паралічу шляхом впливу на м'язові спіралі, ефективність якої оцінена за допомогою системи класифікації великих моторних функцій. Представлені дані підтверджують ефективність розробленої методики та ефективність оцінювання результатів за приростом обсягу рухів в основних групах рухових тестів.

Ключові слова: спастичні форми дитячого церебрального паралічу, реабілітація, шкала великих моторних функцій, м'язові спіралі.

Проблемне питання пошуку вірогідної оцінки ефективності реабілітаційного впливу при застосуванні різних програм відновлення хворих на дитячий параліч (ДЦП) полягає у фокусі уваги багатьох фахівців галузі медичної реабілітації [1-3]. На думку провідних науковців саме система класифікації великих моторних функцій (Gross Motor Function Classification System - GMFCS), що застосовується для об'єктивної оцінки рівня моторних порушень у дітей із церебральним паралічем з огляду на їх функціональні можливості, потреби в допоміжних пристроях та можливість пересування, є загально визнаним світовим стандартом, валідність та надійність якої перевірені багатьма дослідниками з різних наукових установ [6-8]. За класифікацією GMFCS усі пацієнти з церебральними паралічами розподіляються за своїми руховими можливостями на п'ять рівнів. Поділ на рівні ґрунтується на функціональних можливостях дитини, потребі в допоміжному обладнанні, включаючи з обладнання для пересування (ходунки, милиці, палички, візочок), і меншою мірою - на якості рухів дитини. За класифікацією GMFCS рівню I відповідають діти, які можуть ходити без обмежень, але не справляються зі складнішими моторними завданнями. Рівню V відповідають діти з дуже обмеженими можливостями самостійного пересування навіть із допоміжним обладнанням і слабким контролем положення тулуба та голови.

Оскільки розвиток моторних функцій залежить від віку, то для кожного рівня класифікації подано окремий опис для різних вікових груп (до 2 років, від 2 до 4 років, від 4 до 6 років, від 6 до 12 років).

Оригінальна шкала включає 88 завдань пацієнту, виконання яких оцінював лікар. Моторні функції оцінювалися у п'яти вимірах (підтестях): А) лежання та перевертання, В) сидіння, С) повзання і пересування на колінах, D) стояння, Е) хода, біг, стрибки. Всі завдання може виконати звичайна п'ятирічна дитина. Тест має підтверджену надійність та достовірність [7,8].

Загальний принцип оцінювання полягає у тому, що дитина, яка виконує рухові функції, властиві певному рівню, належить до цього або вищого рівня. І навпаки, діти, які не могли виконати рухи, подані в описі певного рівня, найімовірніше належали до цього або нижчого рівня. Відмінності між п'яти рівнями базуються на функціональних обмеженнях, необхідності в допоміжному обладнанні (ходунки, милиці, палиці, інвалідний візок), а також, на якості рухів.

Метою роботи була оцінка рівня моторних порушень та ефективності реабілітаційних заходів у хворих на спастичні форми дитячого церебрального паралічу ми застосовували систему класифікації великих моторних функцій (GMFCS) в наших дослідженнях.

Матеріал та методи дослідження. Під спостереженням знаходились 168 дітей віком від 3 до 7 років, зі спастичними формами дитячого церебрального паралічу (спастична диплегія – 68 дітей, геміплегія – 63, подвійна геміплегія – 37 хворих). Усі діти підрозділялися на дві групи спостереження: основна група, яким проводився запропонований курс реабілітації (n=98) та контрольна, що проходили курс загальноприйнятого реабілітаційного змісту (n=70).

Основна група представлена 98 дітьми, що пройшли курс реабілітації на базі Центру реабілітації дітей з органічним ураженням нервової системи Полтавської обласної дитячої клінічної лікарні за період 2007-2011 рр. Контрольну групу склали 70 аналогічних за віком та статтю дітей, які перебували на лікуванні в неврологічному відділенні Полтавської обласної дитячої клінічної лікарні. Обстеження контрольної групи проводили одночасно з обстеженням хворих основної групи. Групування спостережень та розподіл хворих за статтю наведено в таблиці 1.

Таблиця 1

Групи спостережень за хворими дітьми

Групи спостереження	Абс	дівчатка		хлопчики	
		абс.	віднос. %	абс.	віднос. %
Основна група	98	50	51,02	48	48,08
Контрольна група	70	38	54,28	32	45,72
Загалом	168	88	52,38	80	47,62

Враховуючи те, що до груп спостереження були включені діти 3-7 років, для оцінки ми використовували розроблені класифікаційні рівні трьох вікових груп: від 0 до 4 років; від 4 до 6 років; від 6 до 12 років. Оцінка виконання кожного тесту градирувалися від 0 до 3: 0 – відсутність ініціативи виконання; 1 – наявність ініціативи виконання; 2 – часткове виконання; 3 – повноцінне виконання.

Підрахунок отриманих балів проводили за блоки вправ:

A. Лежання та перевертання = загальний бал по A $\frac{\quad}{51} \times 100 = \quad \%$

B. Сидіння = загальний бал по B $\frac{\quad}{60} \times 100 = \quad \%$

C. Повзання і пересування на колінах = загальний бал по C $\frac{\quad}{42} \times 100 = \quad \%$

D. Стояння = загальний бал по D $\frac{\quad}{39} \times 100 = \quad \%$

E. Хода, біг, стрибки = загальний бал по E $\frac{\quad}{72} \times 100 = \quad \%$

Загальна оцінка розраховувалася за формулою: $\% A + \% B + \% C + \% D + \% E / 5 = \quad \%$

Результат розраховувався у відсотковому співвідношенні до максимального числа балів. Залежно від цього виділялося 5 категорій важкості рухових розладів: 0-20% – V категорія (максимальна міра важкості); 20-40% – IV категорія (висока міра важкості); 40-60% – III категорія (середня); 60-80% – II категорія (нижче середнього); 80-100% – I категорія (норма).

Реабілітаційне втручання у обох групах спостереження було спрямоване на вирішення наступних завдань: нормалізація довільних рухів у суглобах верхніх і нижніх кінцівок, формування навички правильної постави і правильного положення ступнів, корекція сенсорних розладів, корекція координаційних порушень (дрібної моторики кисті, статичної та динамічної рівноваги, ритмічності рухів, орієнтування в просторі), тренування м'язово-суглобового відчуття, профілактика та корекція контрактур, нормалізація дихальної функції, активізація психічних процесів та пізнавальної діяльності.

Діти контрольної групи отримували стандартний комплекс відновлювальної терапії: лікувальна гімнастика, масаж, фізіопроцедури у відповідності до Наказу Міністерства охорони здоров'я України «Про затвердження клінічного протоколу реабілітації дітей з церебральним паралічем» № 889 від 09.12.2009.

Реабілітацію дітей основної групи здійснювали за запропонованим нами способом лікування дітей, хворих на спастичні форми ДЦП, за допомогою комплексного фізіотерапевтичного впливу на м'язові спіралі (МС) шиї, тулубу і кінцівок, розтягуючи всю уражену МС, біомеханічної стимуляції м'язів та апаратного впливу синусоїдальним модульованим струмом на місця перехрестя МС-антагоністів, проведення мануальної терапії, грязьових аплікацій, корекції всієї м'язової спіралі шляхом укладання пацієнта на спеціальному наборі м'яких предметів для «перевиховання» патологічних рухових стереотипів і фіксації досягнутого стереотипу.

Такий саногенетичний комплексний підхід дозволяв проводити деактивацію м'язових тригерних пунктів на підставі впливу на всю патозначиму МС з одномоментною активацією МС-антагоніста, що, в свою чергу, значно покращувало результати реабілітації не тільки у дітей з ДЦП, які самостійно ходять, сидять, але й у таких, що прикуті до ліжка, а також у цілому поліпшити якість життя дітей, хворих на спастичні форми ДЦП [7,8].

Результати дослідження та їх обговорювання. Під час оцінювання вихідного стану за шкалою GMFM було виявлено, що діти основною та контрольної груп не мали достовірної різниці між середніми показниками груп на початку дослідження та мали недостатній рівень розвитку моторних функцій.

Отримані результати первинної оцінки великих моторних функцій у дітей з церебральним паралічем представлені у табл. 2. Найнижчі показники відмічалися у блоках тестів у групі Г (стояння) та групі Д (хода, біг, стрибки) та були за тестом «стояння» $42,38 \pm 4,4 \%$ і $43,26 \pm 6,1 \%$ для хворих основної та контрольної групи; за тестом «хода, біг, стрибки» $41,62 \pm 4,6 \%$ і $42,3 \pm 4,7 \%$ відповідно.

Таблиця 2

Порівняльний аналіз середніх показників рівня розвитку великих моторних функцій основної та контрольної груп до та після лікування

Досліджувані групи		Група А: лежання і перевертання (%)	Група Б: сидіння (%)	Група В: повзання і пересування на колінах (%)	Група Г: стояння (%)	Група Д: хода, біг, стрибки (%)	Шкала GMFM (%)
Основна (n=98)	До лікування	$74,66 \pm 3,44$	$68,15 \pm 2,57$	$72,15 \pm 5,1$	$42,38 \pm 4,4$	$41,62 \pm 4,6$	$59,71 \pm 4,25$
	Після лікування	$80,60 \pm 4,4$	$77,21 \pm 6,3^*$	$79,15 \pm 6,0$	$52,40 \pm 6,6^*$	$47,60 \pm 6,1$	$67,31 \pm 3,92^*$
Контрольна (n=70)	До лікування	$76,34 \pm 4,6$	$69,13 \pm 4,2$	$71,70 \pm 5,6$	$43,26 \pm 6,1$	$42,3 \pm 4,7$	$60,20 \pm 4,1$
	Після лікування	$80,34 \pm 7,1$	$74,13 \pm 5,2$	$73,34 \pm 6,2$	$49,26 \pm 4,7$	$48,86 \pm 4,4$	$65,33 \pm 5,1$

Примітка: * - відмінності вірогідні ($p < 0,05$)

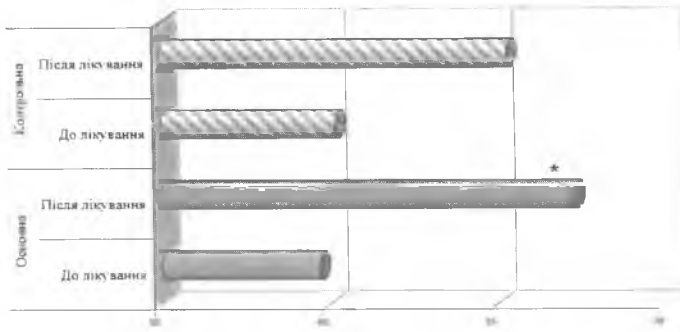


Рис. Оцінка моторних функцій за шкалою GMFM за приростом сумарного показника загальної моторики (%) ($p \leq 0,05$)

Після проведеного курсу реабілітаційного втручання оцінка моторних функцій за шкалою GMFM довела вірогідність різниці приросту сумарного показника загальної моторики з $59,71 \pm 4,25$ % до $67,31 \pm 3,92$ % у хворих основної групи, та у хворих, які займалися за загальноприйнятою методикою приріст склав лише $5,1 \pm 0,3$ % загалом по групі (табл. 2).

Найбільш вагомим зміни показників спостерігалися у хворих обох підгруп за підгестами в групі Б (сидіння) та групі Г (стояння). Рисунок наочно демонструє, що моторні функції хворих основної групи вірогідно ($p \leq 0,05$) збільшилися при зіставленні із показниками хворих контрольної групи, у дітей якої також відбулися позитивні зміни.

Висновки

1. Під впливом проведеного лікування в більшості випадків була досягнута позитивна динаміка в клінічному статусі хворих, при цьому ефективність реабілітації та стійкість досягнутого лікувального ефекту в досліджуваних групах була різною.
2. Оцінка рівня моторних порушень та ефективності реабілітаційних заходів у хворих на спастичні форми дитячого церебрального паралічу за допомогою системи класифікації великих моторних функцій (Gross Motor Function Classification System - GMFCS) є досить вірогідною та інформативною, дозволяє оцінювати як вихідний стан дитини так й набуті зсуви.
3. Запропонований спосіб реабілітації дітей, хворих на спастичні форми ДЦП, має виразний саногенетичний вплив, тобто стимулює власні резерви здоров'я та запускає каскад реакцій організму, спрямований на формування рухового стереотипу, наближеного до оптимального, за рахунок відновлення збалансованої роботи функціональних об'єднань скелетних м'язів (м'язових спіралей).
4. Під впливом проведеного реабілітаційного курсу найбільш вагомим зміни показників спостерігалися у хворих обох підгруп за підгестами в групі Б (сидіння) та групі Г (стояння), але у хворих основної групи ці показники збільшилися на $9,2 \pm 2,1$ % та $9,4 \pm 1,8$ % ($p \leq 0,05$) відповідно при зіставленні з показниками збільшення у хворих контрольної групи - лише на $5,2 \pm 2,0$ % та $5,4 \pm 2,2$ % , що свідчить на користь запропонованої власної методики.

Література

1. Качмар В.О. Інформаційні технології в стандартизації та організації медичної реабілітації за методом професора Козьяквіна / В.О. Качмар, О.О. Качмар // – Львів : Дизайн-студія «Папуга», 2007. – 104 с.
2. Козьяквін В.И. Основы реабилитации двигательных нарушений по методу Козьяквіна / В.И. Козьяквін, Н.Н. Сак, О.А. Качмар [и др.] – Львів : Українські технології, 2007. – 192 с.
3. Качмар О.О. Система класифікації великих моторних функцій у дітей із церебральними паралічами / О.О. Качмар // Міжнародний неврологічний журнал – 2008. – № 1(17). – С. 90-93.
4. Пат. 60934 Україна, МПК (201101), А61Н 1/02 (2006.01), А61Н 3/00. Спосіб лікування дітей, хворих на спастичні форми дитячого церебрального паралічу / Е.Ю. Страшко; заявл. 14.03.11; опубл. 25.06.11, Бюл. № 12.
5. Юшковська О. Г. Саногенетична роль реабілітаційного впливу на м'язові спіралі у формуванні правильного рухового стереотипу тіла хворих на спастичні форми дитячого церебрального паралічу / О.Г. Юшковська, Є.Ю. Страшко // – Київ – 2012, № 2. – С. 34-38
6. Gorter J.W. Limb distribution, motor impairment, and functional classification of cerebral palsy / J.W. Gorter, P. Rosenbaum, S.E. Hanna [et al] // Developmental Medicine and Child Neurology. – 2004. – Vol. 46. – P. 461-467.
7. Gross Motor Function Classification System (GMFCS) / MacMaster University. – Access mode <http://www.canchild.ca/Default.aspx?tabid=195>
8. Morris C. Gross Motor Function Classification System: impact and utility / C. Morris, D. Bartlett // Developmental Medicine and Child Neurology – 2004. – Vol. 46. – P. 60-65.

Реферати

ОЦЕНКА УРОВНЯ МОТОРНЫХ НАРУШЕНИЙ И ЭФФЕКТИВНОСТИ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ У БОЛЬНЫХ СПАСТИЧЕСКИМИ ФОРМАМИ ДЕТСКОГО ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА
Юшковская О.Г., Страшко Е.Ю.

ASSESSMENT OF LEVEL OF MOTOR DISORDERS AND EFFICIENCY OF REHABILITATION MEASURES IN PATIENTS WITH SPASTIC FORMS OF CEREBRAL PALSY
Yushkovskaya O.G., Strashko E.Y.

В статье представлены результаты применения авторской методики реабилитации больных спастическими формами детского церебрального параліча путем воздействия на мышечные спирали, эффективность которой оценена с помощью системы классификации больших моторных функций. Представленные данные подтверждают эффективность разработанной методики и эффективность оценивания результатов по приросту объема движений в основных группах двигательных тестов.

The paper presents the results of the author's methodology of rehabilitation of spastic forms of cerebral palsy by action on the muscle spirals, which effectiveness is assessed using the classification system of large motor functions. The data presented confirms the effectiveness of the developed method and the efficiency of evaluating the results by the increase of range of motion in the main groups of motor tests.

Ключевые слова: спастические формы детского церебрального параліча, реабилитация, мышечные спирали.

Key words: spastic form of cerebral palsy, rehabilitation, muscle spirals.

Стаття надійшла 15.01.2013 р.

Рецензент Литвиненко Н.В.