

nerves injuries with the use of long-term electrostimulation: the dissertation author's abstract of the doctor of medical sciences], Kyiv, 40 [in Ukrainian].

10. Custer M.G., Huebner R.A., Howell D.M. (2014). Factors predicting client satisfaction in occupational therapy and rehabilitation. *American Journal of Occupational Therapy*, 69, 1-10.

11. Floranda E.E., Jacobs B.C. (2013). Evaluation and Treatment of Upper Extremity Nerve Entrapment Syndromes. *Prim Care Clin Office Pract*, 40, 925-943.

12. Jepsen J.R. (2015). Studies of upper limb pain in occupational medicine, in general practice, and among computer operators. *Danish medical journal*, 1, 1-15.

13. Legg L.A., Lewis S.R., Schofield-Robinson O.J., Drummond A., Langhorne P. (2017). Occupational therapy for adults with problems in activities of daily living after stroke. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 7.

14. Linda D.D., Harish S., Stewart B.G., Finlay K., Parasu N., Rebello P.R. (2010). Multimodality Imaging of Peripheral Neuropathies of the Upper Limb and Brachial Plexus. *RadioGraphics*, 1373-1399.

15. Neal S.L., Fields K.B. (2010). Peripheral Nerve Entrapment and Injury in the Upper Extremity. *Am Fam Physician*, 81(2), 147-155.

**Брюховських І.М.,**  
**магістрант кафедри біобезпеки і здоров'я людини**  
**Попадюха Ю.А.**  
**доктор технічних наук, професор,**  
**професор кафедри біобезпеки і здоров'я людини**  
**Національний технічний університет України**  
**«Київський політехнічний інститут імені Ігоря Сікорського»**

## ВИКОРИСТАННЯ М'ЯКИХ МАНУАЛЬНИХ ТЕХНІК У ПАЦІЄНТІВ З НЕСТАБІЛЬНІСТЮ ПОПЕРЕКОВОГО ВІДДІЛУ ХРЕБТА

*Роботу присвячено обґрунтуванню застосування м'яких мануальних технік у програмах фізичної реабілітації людей з нестабільністю поперекового відділу хребта у підгострій стадії та стадії ремісії.*

*Розглянуто особливості фізичної реабілітації з урахуванням віку (35-65 років) та супутніх захворювань пацієнтів. Підібрані сучасні засоби та методи для відновлення хворих: мануальна терапія, кінезотерапія, фізіотерапія.*

*В ході проведеного дослідження були отримані показники по усередненому показнику рухливості в контрольній групі (КГ)  $X_g = 55,2 \pm 13,5$ , а в основній групі (ОГ)  $X_g = 59,3 \pm 16,5$ . Різниця між вибірками ОГ та КГ з  $p = 95\%$  є статистично незначущою на початку досліджень. Наприкінці заходів фізичної реабілітації різниця між ОГ і КГ є статистично значущою за критерієм Манна-Уїтні з  $p < 0,05$ .*

**Ключові слова:** м'які мануальні техніки, нестабільність хребта, фізична реабілітація.

**Брюховских И.Н., Попадюха Ю.А., Использование мягких мануальных техник у пациентов с нестабильностью поясничного отдела позвоночника.** Работа посвящена обоснованию применения мягких мануальных техник в программах физической реабилитации людей с нестабильностью поясничного отдела позвоночника в подострой стадии и стадии ремиссии.

*Рассмотрены особенности физической реабилитации с учетом возраста (35-65 лет) и сопутствующих заболеваний пациентов. Подобранные современные средства и методы для восстановления больных: мануальная терапия, кинезотерапия, физиотерапия.*

*В ходе проведенного исследования были получены показатели по усредненному показателю подвижности в КГ  $X_g = 55,2 \pm 13,5$ , а в ОГ  $X_g = 59,3 \pm 16,5$ . Разница между выборками ОГ и КГ с  $p = 95\%$  является статистически незначимой в начале исследования. В конце исследования разница между ОГ и КГ является статистически значимой по критерию Манна-Уитни с  $p < 0,05$ .*

**Ключевые слова:** мягкие мануальные техники, нестабильность позвоночника, физическая реабилитация.

**Bryukhovskiykh I., Popadiukha Y. The usage of soft manual techniques in patients with lumbar spine instability.** The article deals with the justification of the use of soft manual techniques in programs for the physical rehabilitation of people with instability of the lumbar spine in the subacute stage and remission stage.

*The features of physical rehabilitation with regard to age (35-65 years) and concomitant diseases of patients are considered. Selected modern means and methods for the recovery of patients: manual therapy, kinesitherapy, physiotherapy.*

*During the study that was conducted were received function indicators of average movement activity in the main group  $X_g = 59,3 \pm 16,5$  and  $X_g = 55,2 \pm 13,5$  in control group. The difference between main and control group was statistically insignificant with  $p > 95\%$ . In the end of research the difference between main group and control group was significant by the Mann—Whitney test with  $p < 0,05$ .*

**Keywords:** soft manuals, spine instability, lumbar spine, physical rehabilitation.

**Актуальність дослідження.** За даними ВООЗ [6, с.16] 80% населення Землі страждає різними захворюваннями опорно-рухового апарату. Згідно [2, с.6] майже 70% скарг на болі в спині носять вертеброгенний характер. Проблема неврологічних проявів дорсопатії хребта цікавлять лікарів і науковців в силу їх великої не лише медико-біологічної

значущості, а й соціально-економічного значення. В Україні на остеохондроз хребта хворіють 45 осіб на 10 тис. населення, а 85,3% пацієнтів були віком 31-50 років [3, с.30]. За локалізацією розрізняють: шийний (>25%), грудний, поперековий (>50%), крижовий остеохондроз (~12%) [7, с.252].

Найчастішою причиною нестабільності поперекового відділу хребта (ПВХ) є наявність дегенеративних змін міжхребцевого диску (МХД), зокрема міжхребцевої киля (або грижі МХД), які можуть спричинити тиск на дуральний мішок (через який проходить твердомозкова оболонка) або радикулярний нервовий корінець (які відходять з дурального мішка та іннервують навколишні органи).

Міжхребцева кила (або грижа МХД) – ураження ділянки хребта у вигляді розриву зовнішнього фіброзного кільця МХД при випинанні м'якої частини диску за його межі. Зазвичай причиною утворення грижі МХД відбувається за рахунок фіброзування зовнішнього кільця МХД, зумовлене тривалим порушенням балансу постави людини внаслідок травм різної сили та інтенсивності, часто зовсім не пов'язаних з ПВХ.

**Мета дослідження.** Розробити програму фізичної реабілітації людей зрілого та старечого віку (> 50 років) з нестабільністю ПВХ.

**Матеріали і методи.** На основі аналізу літературних та інших інформаційних джерел розробити програму фізичної реабілітації для людей з нестабільністю ПВХ.

**Обґрунтування застосування м'яких мануальних технік.** Найчастіше загострення при нестабільності поперекового відділу хребта (НПВХ) відбувається на фоні виникнення диско-дурального або/і диско-радикулярного конфлікту, тобто компресії твердо-мозкової оболонки (ТМО) або корінців спинного мозку. На цьому фоні відбувається загальне ураження ТМО, порушується проходження нервових імпульсів [4].

Причинами уражень нервової системи на локальному рівні є грижі, зміщення хребців. Але часто, при болях неврального ґенезу у пацієнта, радіологічні дослідження показують, що біль спричинений з інших причин, кила не тисне на дуальний мішок. Причинами утворення гриж і зміщень хребців переважна більшість дослідників називає утворення м'язових дисбалансів. Але причини утворення дисбалансів розглядається лише невеликою кількістю авторів [1]. Як правило, причиною порушення роботи будь-якого м'яза є порушення його іннервації або/і порушення кровопостачання. Тобто в ході застосування програми фізичної реабілітації важливо збалансувати нервову та судинну системи пацієнта так, щоб створити сприятливі умови до покращення іннервації і кровопостачання, що локально як у випадку знаходження основного ураження, так і глобально - запустити процеси самовідновлення організму.

З метою прискорення процесу відновлення пацієнта на ряду з використанням основної програми фізичної реабілітації в підгострій стадії з НПВХ пропонується використовувати генералізовані остеопатичні техніки на розслаблення ТМО та судинного русла людини [4,5].

**Суть та методика здійснення м'яких мануальних технік.** 1. *Техніка розслаблення ТМО.* Суть методики: замикання проходження нервового імпульсу на окремій ділянці проходження нервового волокна спричиняє запуск процесів до нормального проходження імпульсу. Принцип виконання. Пацієнт знаходиться лежачи на боці так, щоб місце ураження знаходилося зверху. Реабілітолог одним пальцем тисне (вагою 2-3г) на остистий відросток хребця С2 (місце максимального виступу ТМО у хребті). Друга рука фахівця знаходиться під ураженим хребцем на остистому відростку, реабілітолог ініціює каудальний рух хребця (з тиском 2-3г) до виникнення відгуку на остистому відростку С2. Реабілітолог відчує зустрічні хвилі, схожі з грою на гармошці (що можна вважати ознакою стиснення ТМО). Постановка рук відбувається до зупинки проходження зустрічних хвиль. Даний стан називається точкою зупинки (still point). Можна пройти декілька хвиль за сеанс. Час постановки становить 1-10 хв. Ефекти від використання. Значне зменшення больових відчуттів, розслаблення пацієнта.

2. *Техніка нормалізації роботи судин* [5]. Суть методики: добитися однакової пульсації судин в різних місцях. Неоднаковість пульсації свідчить про компресію судини на шляху проходження. Якщо акцентувати організму різницю пульсації, організм самостійно починає проводити декомпресію судин. Принцип виконання (генералізована техніка): пацієнт лежить на спині або животі (як йому зручніше), ноги щільно зведені. Реабілітолог ставить великий та середній пальці однієї руки (вагою до 2г) на сонні артерії пацієнта, великий та середній палець другої руки знаходяться на підколінних артеріях. Задача: дочекатися однакової сили пульсації під усіма 4 пальцями. Час виконання: 2-15 хв.

Ефекти від використання. Значне розслаблення пацієнта, зменшення болів (адже, черевна аорта та ряд її відгалужень проходять безпосередньо вздовж хребта).

Обидві техніки найкраще використовувати наприкінці комплексного сеансу фізичної реабілітації. Перший сеанс слід провести перед початком всіх інших заходів реабілітації.

**Результати дослідження та їх обговорення.** За допомогою використання наведених вище м'яких мануальних технік досягається значний ефект розслаблення та зняття болів у підгострій стадії при НПВХ.

Загальний курс лікування становить 10 днів (робочі дні, з перервами на вихідні та святкові дні).

Алгоритм програми фізичної реабілітації людей з НПВХ наведено на Рис.1 з поясненням. Сірим кольором позначено елементи програми фізичної реабілітації, запропоновані авторами. Білим - позначені елементи основної програми Лабораторії біомеханіки Інституту ортопедії НАМН України. Кожний елемент програми призначається індивідуально, виходячи з особливостей анамнезу пацієнта.

Якщо у пацієнта присутні явні ознаки диско-дурального (ДДК) або диско-радикулярного конфлікту (ДРК), йому здійснюють м'які мануальні техніки, запропоновані вище, проводяться маніпуляції мануальної терапії в місцях виявлених порушень, здійснюється локально міофасціальний релізінг (МФР) в місцях болю наносяться кінезіотейпи як на місця першопричин виникнення болів, так і безпосередньо на місце болю (кінезіотейпування). Далі пацієнт проходить стандартний курс реабілітаційних заходів.

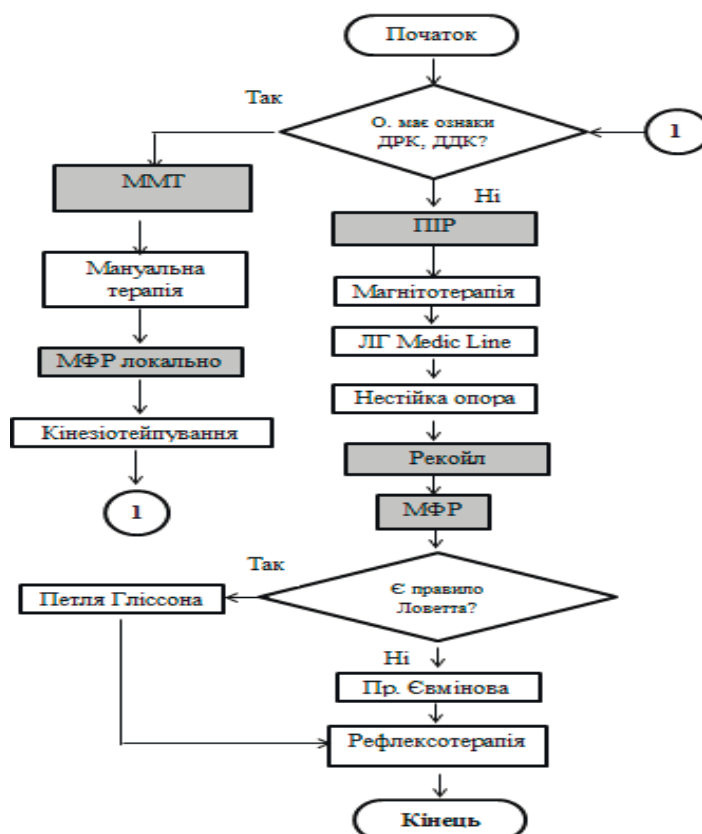


Рис.1. Алгоритм проведення фізичної реабілітації пацієнтів з НПВХ.

Після значного зменшення або зникнення болю пацієнт проходить основну програму, а саме сеанс магнітотерапії на місце болю (ПВХ), проводить спеціалізовані вправи на тренажері Medic Line з метою перенавчання м'язової системи зі стану компенсації в нормальний режим. Також, з метою балансування глибоких м'язів спини, пацієнт займається на засобах з нестійкою опорою. У разі виявлення проблем вісцерального характеру, пацієнтові проводиться міофасціальний релізінг тканин живота (МФР). На профілакторі Євмінова пацієнт проводить ряд спеціалізованих аутогравітаційних вправ. За потреби пацієнту проводять постізометричну релаксацію (ПІР) нижніх кінцівок [8]. Для покращення трофіки хребців проводиться техніка рекойл на всі хребці [8, 9]. Сеанс закінчується процедурою рефлексотерапії.

Якщо при огляді пацієнта виявлено дію правила Ловетта (рис. 2), пацієнт додатково проходить процедуру витягнення шийного відділу хребта за допомогою петлі Гліссона.

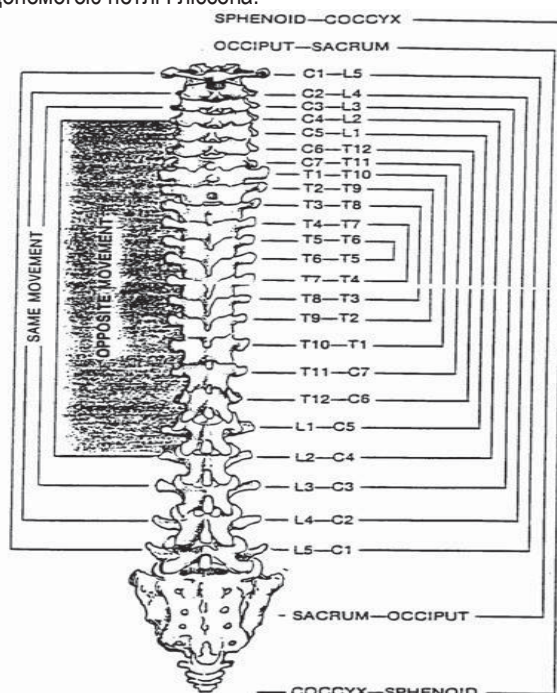


Рис. 2. Правило Ловетта про суміжність ураження хребців між ділянками хребта.

По мірі одужання пацієнта термін додаткових процедур зменшується, навантаження при кінезіотерапії зростають, наближаючись до ваги пацієнта, ПІР завжди проводиться на максимально можливих для кожного пацієнта об'ємах руху. Нижче наведено блок-схему програми фізичної реабілітації пацієнтів з нестабільністю ПВХ (рис. 3).

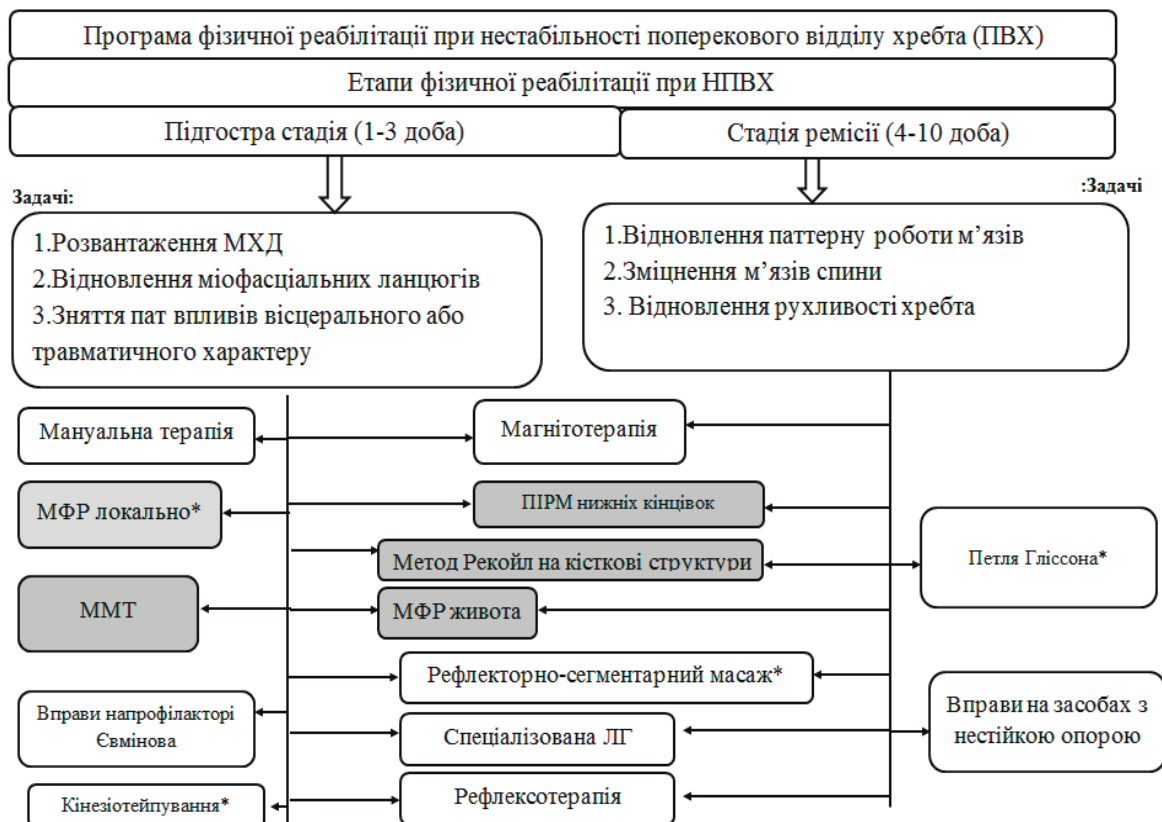


Рис. 3. Програма фізичної реабілітації пацієнтів з нестабільністю ПВХ. \* - позначено опціональні процедури. Сірим позначено процедури, запропоновані авторами.

З метою оцінки функціонального стану пацієнтів з НПВХ використовувались гоніометричні дослідження об'єму рухів у нижніх кінцівках. Додатково було проведено анкетування з оцінкою якості життя з використанням модифікованої шкали Лайкерта.

Було проведено аналіз історій хвороб, зокрема аналіз знімків МРТ, КТ чи рентгену (за наявності у пацієнта), висновків та заключення інших спеціалістів. Відбір тематичних пацієнтів проведено в ході проходження практики у період серпня-жовтня 2019 року. Критерії відбору: вік – 35-65 років, інструментально підтверджений діагноз з ознаками нестабільності ПВХ. Середній вік хворих склав 47,8 років. Серед 20 пацієнтів було 12 жінок і 8 чоловіків.

Розподіл на ОГ і КГ відбувався випадковим чином по мірі надходження тематичних пацієнтів на лікування. Вихідні показники за досліджуваними параметрами у пацієнтів обох груп статистично значуще не відрізнялися ( $p > 0,05$ ).

Оцінку ефективності розробленої ПФР пацієнтів з НПВХ проводилася перед початком лікування, на 4-6 день реабілітаційного процесу та наприкінці його. При аналізі відношення до болю за модифікованою шкалою Лайкерта до реабілітації показники склали у ОГ –  $X = 4,10 \pm 0,63$ , в КГ –  $X = 4,1 \pm 0,74$ ,  $p(U) > 0,05$ , що наведені у Таблиці 1.

Таблиця 1

**Динаміка показників відношення до болю за модифікованою шкалою Лайкерта**  
(до, під час, та після реабілітації, середні значення  $\pm$  стандартне відхилення)

Періоди дослідження	ОГ	КГ
До фізичної реабілітації	$4,2 \pm 0,63$	$4,1 \pm 0,74$
Через 5 днів	$2,8 \pm (0,63; 0,21)**$	$3,5 \pm 0,53^*$
Через 10 днів	$1,5 \pm (0,71; 0,24)**$	$2,3 \pm 0,48^*$

Примітка: \* відмінності статистично значущі з показниками до заходів ФР  $p < 0,05$ ; \*\* - відмінність статистично значуща порівняно з контрольною групою.

Для оперативного контролю за станом пацієнта здійснювались гоніометричні виміри по 68 показникам (34 - на початку сеансу, 34 - після проведення ПІР м'язів) в ОГ, в КГ проводилося гоніометричне дослідження лише по 34 показникам. В ОГ і КГ перше вимірювання проводилося перед початком реабілітації, 2-ге – кінцеві значення після ПІР на 5-й день реабілітації, фінальне вимірювання - кінцеві значення після ПІР на останній день реабілітації. В контрольній групі 1-ше вимірювання проводилося перед початком реабілітаційних заходів, 2-ге – наприкінці 5-го заняття, фінальне вимірювання – наприкінці останнього заняття.

Для оцінки загальної рухливості пацієнта використовувалося загальне середнє значення  $X_d$ , яке дорівнює



середньому значенню по всім 34 вимірам показників гоніометричних досліджень. З метою нормалізації даних, декілька параметрів, норма фізіологічного обсягу руху яких складає 180°, було нормалізовано до 90°, реєстрація проводилася одразу у нормалізованих величинах. Величину  $X_g$  можна інтерпретувати як усереднений показник рухливості пацієнта (у град).

Нижче, на Рис. 4 наведено динаміку середніх величин по інтегральним показникам  $X_g$  в ОГ і КГ (у град.). До фізичної реабілітації в КГ середні значення по усередненому показнику були:  $X_g = 55,2 \pm 13,5$ , а в ОГ  $X_g = 59,3 \pm 16,5$ . Різниця між вибірками ОГ і КГ з  $p=95\%$  є статистично незначущою. В той же час різниця між ОГ і КГ наприкінці заходів з фізичної реабілітації є статистично значущою за критерієм Манна-Уїтні з  $p < 0,05$ . Динаміка середніх величин усередненого показника рухливості наведено у Таблиці 2.

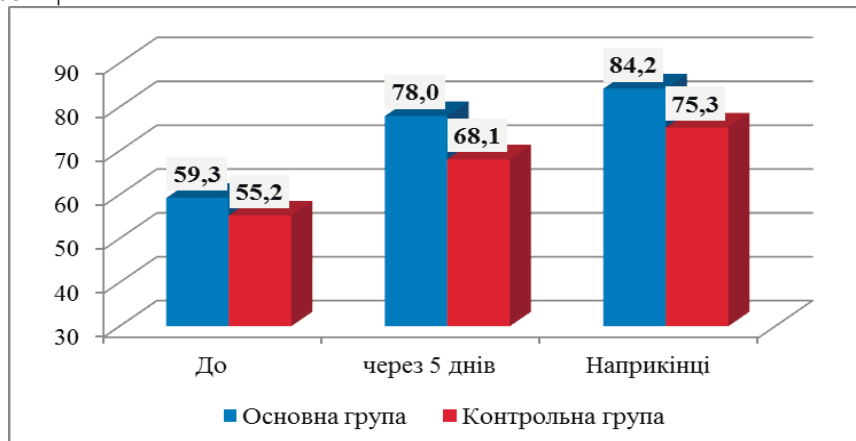


Рис. 4. Динаміка усередненого показника рухливості в процесі фізичної реабілітації пацієнтів з НПВХ (середні значення, в град.)

Таблиця 2

Динаміка середніх величин усередненого показника рухливості пацієнтів в основній та контрольній групах, в градусах (до, під час, та після реабілітації, середні значення  $\pm$  стандартне відхилення)

Періоди дослідження	ОГ	КГ
До фізичної реабілітації	59,3 $\pm$ 16,5	55,2 $\pm$ 13,5
Через 5 днів	78,0 $\pm$ 8,9**	68,1 $\pm$ 12,1*
Через 10 днів	84,2 $\pm$ 6,8**	75,3 $\pm$ 9,5*

Примітка: \*відмінності статистично значущі з показниками до заходів фізичної реабілітації  $p < 0,05$ ; \*\* - відмінність статистично значуща порівняно з контрольною групою.

З наведених вище даних можна зробити висновок, що запропонований комплекс додаткових заходів до програми фізичної реабілітації лікувального закладу дає статистично значущі покращення з точки зору відношення пацієнта до болю за модифікованою шкалою Лайкерта та усередненим показником рухливості пацієнта.

#### Висновки

1. Проведений аналіз літературних та інформаційних джерел свідчить про недостатню увагу фахівців з фізичної терапії до використання м'яких мануальних технік широкого спектру дії для пацієнтів з нестабільністю ПВХ.
2. Розроблена авторами програма фізичної реабілітації дозволить підвищити ефективність і швидкість відновлення людей з нестабільністю ПВХ з урахуванням супутніх захворювань.
3. Під впливом застосування м'яких мануальних технік у програмі фізичної реабілітації у пацієнтів ОГ зареєстровані позитивні зміни з боку як біомеханічних показників на основі оцінки усередненого показника рухливості, больових відчуттів на основі модифікованої шкали Лайкерта, порівняно з пацієнтами, які займалися за програмою лікувального закладу. Встановлено, що у пацієнтів ОГ значущі є зміни при аналізі середніх величин болю за шкалою Лайкерта наприкінці проведеної програми фізичної реабілітації осіб з нестабільністю ПВХ були краще на 35%, ніж у КГ (1,5 проти 2,3). Відношення до болю значно знизилася в ОГ через 10 днів після фізичної реабілітації та склали 1,5 бали, а у КГ - 2,3 бали. Усереднений показник рухливості в ОГ після проведення реабілітації був на 12% кращий ніж в КГ (84,2 проти 75,3).
4. Перспективи досліджень: у даному напрямку планується дослідити впливи м'яких мануальних технік серед людей віком  $> 35$  років на більших вибірках для дослідження.

#### Література

1. Васильева Л.Ф. Мануальная диагностика и терапия функциональных блоков поясничного отдела позвоночника, Москва, 2014. – 87с.
2. Зайцева И.А., Комплексно-восстановительное лечение межпозвонковых грыж поясничного отдела позвоночника, диссертация на соискание учёной степени кандидата медицинских наук, Москва, 2012, с. 5-20.
3. Калмикова, Ю.С., Федорова, Р.И., Оцінка ефективності застосування засобів фізичної реабілітації при шийному остеохондрозі, Фізична реабілітація та рекреаційно-оздоровчі технології, № 2,2016 С. 29-33.
4. Левашов И.Б. Крупные суставы и патология стопы. Лечение методами МТ. Видео по материалам семинара, Пятигорск, май 2017.

5. Левашов И.Б. Сосудистые техники. Видео семинара. Пятигорск, ноябрь 2011г., режим доступа: <http://www.drlevashov.ru/>
6. Міжнародний день боротьби з остеопорозом: разом до перемоги над хворобою! // Новини медицини і фармації в Україні. — 2010. — № 18. — С. 16.
7. Сучасна реабілітаційна інженерія: Монографія /Ю.А. Попадюха – Київ: Центр учбової літератури, 2018. – 1108 с.
8. Толстоносов А.А. Мануальное кредо: научно-популярное издание- Краснодар, Кубанское книжное издательство, 2011г, 210 с.
9. Толстоносов А.А. Явная доктрина здоровья: Научно-популярное издание, Краснодар.: Кубанское книжное издательство, 2013 – 164 стр с илл.

#### References

1. Vasilieva L. (2014) Manualnaya diagnostic i terapiya fyunktsionalnykh blokov poyasnichnogo otdela pozvonochika Rossiyskaya akademiya medico-socialnoy reabilitatsii, katedra prikladnoy kineziologii (87)[in Russian].
2. Zaytceva I. (2012) Complexno-vostanovitelnoe lechenie mezhpozvonochykh gryzh poyasnichnogo otdela pozvonochnika, diissertatsiya na soiskanie uchenoy stepeni candidata medicinskih nauk, 5-20 [in Russian].
3. Kalmykova Yu., Fedorova R. Oczinka (2016) efektyvnosti zastosovannya zasobiv fizychnoyi reabilitatsii pry shynomu osteohondrozi Fizychna reabilitatsiya ta rekreaciyno-ozdorovshi tehnologii- №2, 29-33 [in Ukrainian].
4. Levashov I. (2017) Krupnyie sustavy I patologiya stopy, video seminar, retrieved from site <http://www.drlevashov.ru/> [in Russian]
5. Levashov I. (2011) Sosudistye tehniki, video seminar, retrieved from site <http://www.drlevashov.ru/> [in Russian].
6. Mizhnarodnyiy den borotby z osteoporozom: razom do peremogy nad hvoroboyu (2010) Novosti medicyny I farmatsii v Ukraine (18) 16 [in Ukrainian].
7. Popadiukha Yu.A. (2018) Suchasna reabilitatsiyna medicina, monografiya, Centr uchbovoyi literatury, 1108 [in Ukrainian]
8. Tolstonosov A.A. (2011) Maualnoe kredo: narodnyie metody massaga, avtorskaya metodika Kubanskoe knizhnoe izdatelstvo, 210 [in Russian]
9. Tolstonosov A.A. (2013) Yavnaya doktrina zdorovya: nauchno-populyarnoe izdanie Kubanskoe knizhnoe izdatelstvo, 164 [in Russian].

**Віндюк П.А.**

*кандидат наук з фізичної культури і спорту,  
доцент кафедри фізичної реабілітації і здоров'я людини  
Класичного приватного університету м.Запоріжжя  
Сапа-Пушкар Л.О.  
магістр кафедри фізичної реабілітації і здоров'я людини  
Класичного приватного університету м.Запоріжжя*

#### ВИКОРИСТАННЯ КОМПЛЕКСУ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПІСЛЯ ПЕРЕНЕСЕНОГО ІШЕМІЧНОГО ІНСУЛЬТУ

Судинні захворювання головного мозку, до яких в першу чергу відноситься інсульт, стають останніми роками однією з найважливіших медико-соціальних проблем, оскільки завдають величезного економічного збитку суспільству, будучи причиною тривалої інвалідизації і смертності. У дослідженні приймали участь 20 чоловіків віком від 50 до 60 років, які мали діагноз гостре порушення мозкового кровообігу по ішемічному типу, геміплегію та дискінезію рухів. Ними були довільно організовані дві групи – контрольну й основну по 10 чоловік у кожній. Контрольна група займалася за класичною програмою фізичної реабілітації, а хворі основної групи – за розробленою нами програмою, яка окрім класичних методів, містила тренування функціональної активності (в ліжку, перехід з положення лежачи в положення сидячи та стоячи тощо), лікування положенням, активна та пасивна гімнастика, електростимуляція, кінезітерапія та психотерапія. Достовірна позитивна динаміка показників нервової системи в основній групі у порівнянні з такими в контрольній дозволяють говорити про високу ефективність запропонованої нами програми фізичної реабілітації.

**Ключові слова:** гостре порушення мозкового кровообігу, чоловіки, реабілітація, лікування положенням.

**Віндюк П.А., Сапа-Пушкар Л.О. Использование комплекса физической реабилитации после перенесенного ишемического инсульта.** Сосудистые заболевания головного мозга, к которым в первую очередь относится инсульт, становятся в последние годы одной из важнейших медико-социальных проблем, поскольку наносят огромный экономический ущерб обществу, являясь причиной длительной инвалидизации и смертности. В исследовании принимали участие 20 мужчин в возрасте от 50 до 60 лет с диагнозом острое нарушение мозгового кровообращения по ишемическому типу, гемиплегию и дискинезии движений. Ними были произвольно организованы две группы - контрольную и основную по 10 человек в каждой. Контрольная группа занималась по классической программе физической реабилитации, а больные основной группы - по разработанной нами программе, кроме классических методов, содержала тренировки функциональной активности (в постели, переход из положения лежа в положение сидя и стоя и т.д.), лечение положением, активная и пассивная гимнастика, электростимуляция, кинезитерапия и психотерапия. Достоверная положительная динамика показателей нервной системы в основной группе по сравнению с таковыми в контрольной позволяют говорить о высокой