

РЕЦЕНЗІЯ

доцента кафедри терапії та реабілітації

Національного університету фізичного виховання і спорту України,

кандидата медичних наук, доцента Баннікової Римми Олексіївни

на дисертаційну роботу Діда Юрія Михайловича

«Відновлення рухової функції верхньої кінцівки у осіб з правопівкульним

ішемічним інсультом, ускладненим неглектом, засобами фізичної терапії

та ерготерапії», подану на здобуття ступеня доктора філософії за

спеціальністю 227 Фізична терапія, ерготерапія,

галузь знань 22 Охорона здоров'я

Актуальність теми. Актуальність обраного здобувачем наукового пошуку не викликає сумніву у зв'язку з великим медико-соціальним значенням проблеми гострого порушення мозкового кровообігу (ГПМК), яке зумовлено не лише важким характером цієї патології, що часто призводить до стійкої втрати працездатності та інвалідизації, але й значною його розповсюдженістю. Статистичні дані НСЗУ свідчать, що за 6 років (з 2017 по 2023 рік) первинна захворюваність жителів України на мозковий інсульт зросла з 120 до 145 тисяч осіб на рік, при цьому найчастіше інсульт відзначається в осіб працездатного віку (приблизно 35,5%), найвищий приріст цієї недуги реєструється в осіб віком 50-59 років, а рівень смертності від інсульту в Україні у 2,5 рази перевищує відповідні показники західноєвропейських країн.

Щорічно за даними експертів ВООЗ внаслідок ГПМК та інших судинних захворювань головного мозку вмирає близько 7,6 млн осіб, 6 млн мають стійкі функціональні обмеження життєдіяльності, що посідає третє місце у структурі загальної інвалідації. Характерний для мозкового інсульту високий рівень інвалідизації в більшості випадків пов'язаний з порушенням рухових функцій.

Рухові порушення у вигляді геміпарезів різного ступеня прояву реєструються у перший місяць у 70 – 87% пацієнтів, через 6 місяців у 40 – 63%

пацієнтів залишаються стійкі рухові порушення, а у 44 – 74% пацієнтів відмічають когнітивний дефіцит, 20 - 35% пацієнтів після інсульту потребують сторонньої допомоги у повсякденному житті і лише 8 – 15% повертаються до попереднього способу життя та роботи. Серед важких розладів, обумовлених інсультом, окрім рухових, важливе значення набуває специфічна півкульна симптоматика. Емоційні й особистісні зміни залежать від ураженої півкулі мозку. Права півкуля мозку відповідає за сприйняття та обробку слухової, зорової, соматосенсорної й моторної інформації невербального характеру. Вона спрямована на сприйняття цілісних образів, а не на логічний аналіз. Патологія правої півкулі часто супроводжується ігноруванням рухового дефіциту, порушенням просторового гнозису та праксису, що призводить до рухової аспонтанності та відсутності інтересу до лікування, чого зазвичай не спостерігають при ураженні лівої півкулі.

Однією з найважливіших причин втрати працездатності є порушення функції верхньої кінцівки, яке зустрічається у 70% пацієнтів, які перенесли ГПМК. Порушення рухової функції верхньої кінцівки є найбільш дезадаптуючими для пацієнта, оскільки для збереження можливості самообслуговування найважливіше значення має здатність самостійно маніпулювати рукою та не ігнорувати її наявність. Синдром неглекту в значній мірі зменшує реабілітаційний потенціал і погіршує реабілітаційний прогноз пацієнтів, які перенесли інсульт.

У зв'язку з цим сучасні реабілітаційні інтервенції мають бути спрямовані на посилення процесів нейропластичності з метою відновлення втрачених рухових та когнітивних функцій. Проте питання якості надання реабілітаційної допомоги хворим з правопівкульним ішемічним інсультом, ускладненим неглектом, залишаються недостатньо вивченими.

Зв'язок роботи з науковими планами, темами. Дисертаційну роботу виконано відповідно до наукової теми кафедри фізичної терапії ДВНЗ «Ужгородський національний університет» на 2016–2020 рр «Відновлення психофізичного потенціалу організму осіб різного віку і статі, які мають

відхилення у стані здоров'я, з застосуванням новітніх реабілітаційних технологій» (номер 25 державної реєстрації 0116U003326) та Плану науково-дослідної роботи Національного університету фізичного виховання і спорту України на 2021- 2025 рр. 4.2 «Відновлення функціональних можливостей, діяльності та участі осіб різних нозологічних, професійних та вікових груп засобами фізичної терапії» (номер державної реєстрації: 0121U107926).

Ступінь обґрунтування наукових положень і висновків, які сформульовані у дисертації. У науковому пошуку відносно об'єкту та предмету дослідження автором чітко визначено мету та завдання. Досягнення мети дослідження – розробити та науково обґрунтувати індивідуальну реабілітаційну програму відновлення рухової функції верхньої кінцівки осіб з правопівкульним ішемічним інсультом, ускладненим неглектом, із поєднаним використанням заходів фізичної терапії та ерготерапії – передбачало поступове вирішення чотирьох завдань:

1. Проаналізувати і систематизувати сучасні наукові та методичні знання з питань застосування засобів фізичної терапії та ерготерапії в процесі відновлення рухової функції верхньої кінцівки осіб з неглектом на різних етапах відновлення.

2. Дослідити особливості когнітивного стану, рухової функції верхньої кінцівки та можливості самообслуговування осіб з правопівкульним ішемічним інсультом, ускладненим неглектом, на різних етапах відновлення.

3. Науково обґрунтувати і розробити індивідуальну реабілітаційну програму відновлення рухової функції верхньої кінцівки осіб з правопівкульним ішемічним інсультом, ускладненим неглектом, із поєднаним використанням заходів фізичної терапії та ерготерапії у гострому та підгострому періодах.

4. Оцінити ефективність впливу засобів запропонованої індивідуальної реабілітаційної програми відновлення рухової функції верхньої кінцівки осіб з правопівкульним ішемічним інсультом, ускладненим неглектом, на різних етапах відновлення.

За матеріалами дослідження опубліковано 12 наукових праць: 3 статті у наукових виданнях з переліку наукових фахових видань України, 1 стаття у періодичному науковому виданні Румунії, проіндексованому в базі даних Scopus (Q2), 1 стаття у періодичному науковому виданні Польщі, проіндексованому в базі даних Scopus (Q4); 5 публікацій апробаційного характеру; 2 публікації додатково відображають наукові результати дисертації.

Основні положення дисертації, її висновки та результати презентовано на міжнародних науково-практичних конференціях: XIV Міжнародній конференції молодих вчених «Молодь та олімпійський рух» (Київ, 2021); IX міжнародній стоматологічній конференції студентів та молодих вчених «Актуальні питання сучасної науково-практичної стоматології (Ужгород, 2021); XV Міжнародній конференції молодих вчених «Молодь та олімпійський рух» (Київ, 2023) та науковій конференції «Актуальні питання реабілітації, фізичної терапії, ерготерапії» (Ужгород, 2018).

Результати досліджень Юрія Михайловича Діда носять об'єктивний характер, базуються на застосуванні методологічних підходів Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я достатній кількості дослідницького матеріалу (58 пацієнтів) та підтверджені використанням адекватних методів математичної статистики. Висновки логічно слідують зі змісту дисертаційної роботи, добре аргументовані численними дослідженнями і достатнім обсягом проаналізованих фактичних матеріалів.

Дисертація відзначається глибоким розкриттям досліджуваної проблеми, самостійністю у підходах до її вирішення.

Наукова новизна дослідження полягає в тому, що:

– уперше розроблено індивідуальну реабілітаційну програму із поєднаним використанням заходів фізичної терапії та ерготерапії, спрямовану на відновлення рухової функції верхньої кінцівки осіб з правопівкульним ішемічним інсультом, ускладненим неглектом, що базується на об'єктивній

оцінці стану пацієнта, урахуванні діяльності в яку залучена верхня кінцівка (маніпулювання, баланс, невербальне спілкування), показниках прогнозу її відновлення та особливостей порушення просторового сприйняття (особистісний, периперсональний, екстраперсональний неглекти);

– уперше науково обґрунтовано та розроблено організаційні засади застосування заходів фізичної терапії та ерготерапії в осіб з правопівкульним ішемічним інсультом, ускладненим неглектом, з урахуванням основних положень біопсихосоціальної моделі та Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я, визначено провідну роль ерготерапевта в постановці пріоритетних для пацієнта цілей, що обумовлюють особливості міждисциплінарного підходу;

– дістало подальшого розвитку положення про позитивний вплив використання терапії обмеженням, функціональних завдань та пропріоцептивної нервово-м'язової фасілітації на відновлення рухової функції верхньої кінцівки і якість життя осіб з правопівкульним ішемічним інсультом, ускладненим неглектом;

– розширено та доповнено дані про роль мотивації, спільного визначення цілей терапії, урахування інтересів та потреб пацієнтів/опікунів/піклувальників у відновленні якості життя осіб з правопівкульним ішемічним інсультом, ускладненим неглектом.

Практичне значення отриманих результатів полягає у розробці індивідуальної реабілітаційної програми із поєднаним використанням заходів фізичної терапії та ерготерапії, спрямованої на відновлення рухової функції верхньої кінцівки осіб з правопівкульним ішемічним інсультом, ускладненим неглектом, з науково обґрунтованим підбором засобів, що дозволить здійснювати індивідуальний підхід, зменшити вираженість проявів захворювання, підвищити ефективність реабілітаційних заходів у гострому та підгострому періодах відновлення до усунення проявів неглекту, поліпшити

якість життя та рівень самообслуговування пацієнтів. Розроблена індивідуальна реабілітаційна програма із поєднаним використанням заходів фізичної терапії та ерготерапії була впроваджена в практику роботи відділення судинної неврології КНП “Ужгородська міська багатoproфільна клінічна лікарня” Ужгородської міської ради. Основні положення дисертаційної роботи були використані для вдосконалення навчальних дисциплін, курсів лекцій, практичних та семінарських занять для студентів спеціальності 227 Фізична терапія, ерготерапія Національного університету фізичного виховання і спорту України та Державного вищого навчального закладу «Ужгородський національний університет», що підтверджується відповідними актами впровадження.

Оцінка змісту дисертації. Дисертаційна робота включає анотацію, вступ, шість розділів, висновки, список використаних джерел та додатки. Загальний обсяг дисертації становить 236 сторінок. Робота містить 43 таблиці, 28 рисунків та 17 додатків. У бібліографії подано 211 наукових джерел.

Анотація містить всі необхідні компоненти та традиційно викладена двома мовами.

У **вступі** чітко обґрунтовано актуальність обраної теми; вказано зв'язок роботи з науковими планами, темами; сформульовано мету і завдання дослідження, визначено об'єкт, предмет та методи дослідження; розкрито наукову новизну отриманих результатів та практичне значення роботи; представлено інформацію про особистий внесок здобувача у спільних публікаціях, презентовано сферу апробації основних положень дослідження; наведено дані про кількість публікацій за темою дисертації.

У **першому розділі** «Сучасні особливості відновлення рухової функції у осіб з ішемічним інсультом, ускладненим неглектом, засобами фізичної терапії та ерготерапії» відображено медико-соціальну значущість порушень і наслідків перенесеного інсульту, особлива увага приділена неглекту та порушенням функції верхньої кінцівки визначено важливість своєчасного виявлення та реабілітації синдрому одностороннього просторового ігнорування, який часто впливає на якість відновлення верхньої кінцівки після інсульту. Розглянуто

втручання, спрямовані на корекцію неглекту. Охарактеризовано засоби фізичної терапії та ерготерапії спрямовані на відновлення функції верхньої кінцівки у пацієнтів з неглектом в гострому та підгострому періодах.

Зауважено, що відновлення функції верхньої кінцівки у пацієнтів з одностороннім просторовим ігноруванням повинно включати заходи для активізації кінцівки в повсякденному житті, нормалізації м'язового тону, покращення пропріоцептивної чутливості, відновлення балансу, а також тренування короткочасної пам'яті та уваги. Відмічено, що успішність процесу залежить від нейропластичності, свідомого залучення, пам'яті, виконавчих функцій і зорового аналізатора. Підкреслено, що стратегії реабілітації мають бути зосереджені на участі, щоб розірвати порочне коло соціальної ізоляції та покращити якість життя.

За результатами аналітичного огляду літературних джерел, встановлено, що незважаючи на спроби різних терапій, включаючи поведінкові та рухові методи, немає єдиної думки щодо їхньої ефективності. Робіт, що надавали б обґрунтування методичним особливостям поєднаного використання заходів фізичної терапії та ерготерапія у доступній літературі не виявлено.

У **другому розділі** «Методи та організація дослідження» представлено методи та етапи дослідження. Для вирішення поставлених завдань дисертаційного дослідження та забезпечення об'єктивності в роботі використовувались наступні методи: аналіз спеціальної та науково-методичної літератури; контент-аналіз медичної документації; клінічні: збір анамнезу; шкали коми Глазго та тяжкості інсульту Національних інститутів здоров'я США (NIHSS); визначення неврологічного дефіциту за шкалою обстеження після інсульту Fugl-Meyer physical performance assesment; тестування спастичності м'язів за шкалою Ашфорта; шкала балансу Берга; Індекс активності у повсякденному житті (шкала Бартел), опитувальник функціональності верхньої кінцівки, плеча і кисті DASH; шкала клінічної оцінки синдрому відштовхування («Push-синдрому») Scale of Contraversive pushing (SCP), метод оцінювання

когнітивних функцій за шкалою МоСА; методи оцінки просторово-зорових порушень (неглекту): Тест Альберта (Albert's test), Тест викреслення зірочок, Тест поділу ліній навпіл, Шкала Кетрін Бержего; Канадський Інструмент Оцінки Виконання Занять (Canadian Occupational Performance Measure (COPM); метод спостереження. Отримані матеріали обробляли адекватними математико-статистичними методами.

У підрозділі 2.2 «Організація дослідження» надані характеристики основної та групи порівняння, критерії включення та виключення пацієнтів у дослідження, схема обстеження, методика реабілітаційного втручання для пацієнтів основної групи, програма відновлення для пацієнтів групи порівняння, етапи дослідження. Дисертаційна робота виконувалась протягом 2017 – 2024 років у 3 етапи.

У третьому розділі «Результати первинного обстеження осіб з порушенням функції верхньої кінцівки, що перенесли правополушарний ішемічний інсульт, ускладнений неглектом» представлена комплексна оцінка початкового стану пацієнтів. Середній вік у вибірці становив $68,62 \pm 10,06$ років. Найбільша частка (46,6 %) пацієнтів мала стан середньої важкості. Відповідно до Шкали коми Глазго середнє значення склало $11,62 \pm 1,79$ бала, а більше половини пацієнтів мали стан помірного оглушення. У переважної більшості (40 пацієнтів) відзначався рух очних яблук у повному обсязі. Гіпертонічну хворобу мали 65,5 % пацієнтів, а ішемічну хворобу серця – 46,6 % пацієнтів. Показники спастичності за шкалою Ашворда були мінімальними. Показники неврологічного дефіциту визначали за шкалою Fugl-Meyer physical performance assesment. Загальний бал моторного компоненту верхньої кінцівки склав $16,28 \pm 2,88$, що становить 24,7 % від максимального рівня, а оцінка загальної пропріоцептивної чутливості склала $10,26 \pm 1,92$ бала. Загальний бал когнітивних функцій за шкалою МОСА склав $18,78 \pm 4,91$ балів з 30 максимально можливих. Пункт «увага» шкали МОСА був найбільше віддалений від можливого максимуму. Загальна оцінка за шкалою балансу Берга склала

18,98 ± 6,62 бала. Всі пацієнти мали високий рівень падінь. Застосування Індексу активності у повсякденному житті за шкалою Бартел дозволило здобувачу зробити висновок про те, що 53 пацієнти мали виражений ступінь залежності від оточення (21-60 балів). Середнє значення індексу Бартела склало 43,97 ± 11,76 балів. Всім пацієнтам проведено оцінку зорово-просторових порушень (неглекту), наявності геміонапсії і push – синдрому за шкалою клінічної оцінки синдрому відштовхування. Середньостатистичні результати тесту Альберта становили 18,34 ± 4,52 бала (47 % від максимуму), а результат виконання тесту «дзвіночки» - 13,33 ± 4,18 бала (38,1 % від максимуму). Сумарний результат тесту «зірочки» склав 35,05 ± 6,98 штук - 32,5 % від максимальної оцінки. Пацієнти, які приймали участь у дослідженні, не мали геміанопсії й оцінки вище 3 балів за Scale of Contraversive pushing. За результатами використання DASH виявлені значні обмеження у використанні верхньої кінцівки 50,70 (47,7; 53,7) балів (50% від можливого). Рівень виконання завдання за першою ціллю за Канадським інструментом оцінки виконання занять (COPM) до втручання склав 2,78 ± 0,73 бала, а за другою 3,53 ± 0,62 бала. Задоволення від виконання другої цілі було найнижчим серед усіх показників — 2,64 ± 0,89 бала. Отже, за результатами первинного обстеження у всіх пацієнтів з правопівкульним ішемічним інсультом встановлено наявність синдрому неглекту, порушення функціонування верхньої кінцівки, високий ризик падінь у положеннях сидячи та стоячи, зниження уваги, труднощі з прийомом їжі та самообслуговуванням.

Четвертий розділ «Фізична терапія та ерготерапія в індивідуальній реабілітаційній програмі відновлення функції верхньої кінцівки осіб з правопівкульним інсультом, ускладненим неглектом» представлені розробка компонентів, організаційні засади реалізації, блок – схема управління, алгоритм реалізації індивідуальної реабілітаційної програми, оцінка функціонального та когнітивного дефіциту, алгоритм обстеження, спрямований на відновлення верхньої кінцівки, протокол втручання для групи порівняння (ГП), протокол втручання для основної групи(ОГ).

Для пацієнтів основної групи на підставі реабілітаційного обстеження було розроблено та впроваджено індивідуальну реабілітаційну програму із поєднаним використанням заходів фізичної терапії та ерготерапії, побудовану із використанням методологічного підходу за Міжнародною класифікацією функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я (МКФ). Тривалість застосування заходів фізичної терапії та ерготерапії була однаковою для пацієнтів обох груп. Перші 2 тижні в умовах стаціонару відбувалося 3 заняття на день тривалістю по 30-40 хвилин (2 заняття з фізичним терапевтом та 1 заняття з ерготерапевтом), п'ять днів на тиждень з двома днями відпочинку (відповідно до графіку роботи медичного закладу). З третього по сьомий тиждень заняття проходили в домашніх умовах, 5 днів на тиждень по одному заняттю в день, а восьмий в умовах стаціонару. Тривалість заняття поступово збільшувалась до 90 хвилин, з яких 60 хвилин становила фізична терапія та 30 ерготерапія. Заходи, включені в індивідуальну реабілітаційну програму для пацієнтів, були спрямовані на відновлення навичок незалежності. Втручання фізичного терапевта для пацієнтів групи порівняння складалось з позиціонування, терапевтичних вправ, спрямованих на правильне позиціонування пацієнта у кріслі колісному, навчанню навичкам мобільності у положенні сидячи, стоячи та в ходьбі. Заняття з ерготерапевтом містили заходи з відпрацювання навичок самообслуговування, стимуляції відновлення когнітивних функцій та просторового сприйняття, догляду за ігнорованою стороною тіла. Заняття з фізичним терапевтом для пацієнтів основної групи містили: пасивні вправи, пасивно-активні вправи, активні вправи, вправи на розтяг, позиціонування за допомогою лонгет, заняття за методом ПНФ для верхньої кінцівки, тулуба та лопатки, функціональне тренування за допомогою СІМТ терапії верхньої кінцівки. Заняття були спрямовані на навчання функціональним навичкам та мобільності пацієнта і базувалися на таких стратегіях втручання: поступово зникаючі підказки; безпомилкове навчання з поступовим ускладненням завдань; вдосконалення статичної та динамічної рівноваги з урахуванням проявів неглекту, подвійні завдання. Заняття з ерготерапевтом включали в себе

відпрацювання навичок самообслуговування; стимуляцію когнітивних функцій; заняття над просторовою орієнтацією; догляд за ігнорованою стороною тіла; функціональне тренування СІМТ терапії верхньої кінцівки; навчання родичів для правильного та безпечного супроводу пацієнтів; адаптація простору та побуту з урахуванням проявів неглекту; заняття зі стратегіями зникаючих підказок та безпомилкового навчання з поступовим ускладненням завдань; заняття з використанням сигналів та розміщенням кольорових маячків; дзеркальну терапію. При побудові індивідуальної реабілітаційної програми із поєднаним використанням заходів фізичної терапії та ерготерапії було враховано мотивацію пацієнта, спільне визначення цілей терапії, інтереси та потреби пацієнтів/опікунів/піклувальників, що відповідає засадам біопсихосоціальної моделі та основних положень та концепцій МКФ.

В п'ятому розділі «Особливості динаміки показників під впливом фізичної терапії та ерготерапії, спрямованої на відновлення рухової функції верхньої кінцівки осіб з неглектом» за результатами заключного обстеження груп пацієнтів виявлено, що найбільша відмінність на користь пацієнтів ОГ у показниках спастичності відзначалася у згиначах кисті ($p < 0,01$). При оцінці заключних показників шкали Fugl-Meyer було встановлено, що пацієнти ОГ мали статистичні переваги у всіх досліджуваних показниках моторного компоненту (проксимальна частина верхньої кінцівки, кисть та променево-зап'ястковий суглоб і загальний бал верхньої кінцівки), а також ряді показників пропріоцептивної чутливості (плечовий суглоб, пальці кисті, великий палець кисті та загальної чутливості верхньої кінцівки).

Результати пацієнтів ОГ за шкалою МОСА були статистично значуще у трьох пунктах з семи: «зорово-конструктивні / виконавчі навички» ($p < 0,05$), «увага» ($p < 0,01$) та «відкладене повторення» ($p < 0,05$). Окрім того, пацієнти ОГ покращили загальний результат за шкалою МОСА на 5,48 бала ($24,07 \pm 4,09$ бала наприкінці дослідження), а пацієнти ГП на 2,41 бала до $21,38 \pm 4,8$ бала. ($p < 0,05$). Результати заключного обстеження встановили статистично значуще ($p <$

0,05) кращий результат за шкалою Берга серед пацієнтів ОГ ($p < 0,05$), що було досягнуто загальною тенденцією до переваги ОГ у пунктах шкали, а також статистичною перевагою у чотирьох з них.

Застосування розробленої здобувачем індивідуальної реабілітаційної програми дозволило зменшити прояви неглекту та адаптувати пацієнтів до функціонування із ним, що проявилось у:

статистично значуще ($p < 0,05$) кращих показниках за тестами Альберта, «дзвіночки» та «зірочки», що відображає позитивну динаміку у подоланні зорово-просторових порушень (неглекту) та сприяє відновленню функціональної незалежності пацієнтів у повсякденному житті;

змінах у показниках шкали Кетрін Бержего: найбільш значущі покращення досягнуті у догляді за собою (у ГП середні значення показників зменшилися з $1,13 \pm 0,69$ до $0,79 \pm 0,55$ бала, що відповідає покращенню на 30%, а у ОГ статистично значуще краще ($p < 0,05$) з $1,20 \pm 0,86$ до $0,31 \pm 0,47$ бала, (на 74%), прийманні їжі у ГП середні значення знизилося з $1,44 \pm 0,51$ до $1,24 \pm 0,43$ бала, (14%), а в ОГ з $1,75 \pm 0,68$ до $0,03 \pm 0,18$ бала, (98%) ($p < 0,05$, $U = 11$), гігієнічних процедурах (у ГП з $1,86 \pm 0,58$ до $1,31 \pm 0,60$ (29,5%) у ОГ з $1,58 \pm 0,56$ до $0,10 \pm 0,31$ (93,5%) та просторових функціях ($p < 0,05$).

Індекс Бартела, який склав у пацієнтів ГП $62,93 \pm 9,31$ бала, у пацієнтів ОГ був дещо вищим - $72,07 \pm 8,92$ бала ($p < 0,01$). Зміни у ГП та ОГ були статистично значущими порівняно з початковими результатами ($p < 0,01$). Помірна залежність встановлена у 86,2 % пацієнтів ОГ, а у ГП ця частка становила 51,2 %. Відсоток з вираженою залежністю у ГП був більшим – 48,3%, а у ОГ лише 13,8 %.

Під впливом міждисциплінарного втручання через три місяці результати показників СОРМ у досягнення першої та другої цілей значно покращилися в обох групах, проте показники ОГ були статистично значуще ($p < 0,05$) вищими порівняно з ГП. Для першої цілі середнє зростання в ОГ становило 53%, а в ГП — 43%. Для другої цілі покращення в ОГ досягло 52% та 38,5% у ГП ($p < 0,05$). Через три місяці задоволеність пацієнтів першою ціллю в ОГ 8 зросла на 50%, а

в ГП — на 34%. Для другої цілі рівень задоволеності збільшився на 62% в ОГ та на 48% у ГП. Усі зміни були достовірними ($p < 0,05$), причому показники ОГ значно перевищували показники ГП.

Таким чином, розроблена індивідуальна реабілітаційна програма із поєднаним використанням заходів фізичної терапії та ерготерапії для осіб з основної групи з правопівкульним ішемічним інсультом, ускладненим неглектом, дозволила здійснити індивідуальний підхід, сприяти відновленню рухової функції верхньої кінцівки, поліпшенню якості життя, рівня самообслуговування та незалежності пацієнтів.

В шостому розділі «Аналіз та узагальнення результатів дослідження» охарактеризовано повноту вирішення поставлених завдань дослідження, узагальнено результати роботи та представлено фактичні дані у вигляді 3 груп даних, отриманих в результаті проведених наукових досліджень, які підтверджують та доповнюють наявні і нові щодо досліджуваної проблематики розробки.

Висновки, сформульовані в дисертації, добре обґрунтовані і достовірні, відповідають меті і завданням дослідження, визначають її наукову новизну і практичну цінність.

Порушень академічної доброчесності не виявлено.

Фактичний матеріал, який наведено в дисертації, та зроблені на його основі узагальнення й висновки мають вагоме значення для інтенсифікації відновлення рухової функції верхньої кінцівки осіб з правопівкульним інсультом, ускладненим неглектом, шляхом поєданого використання заходів фізичної терапії та ерготерапії.

Стиль та мова дисертації. Дисертація написана українською мовою. Стиль викладання наукового тексту відзначається логічністю, послідовністю, системністю, обґрунтованістю.

Зауваження щодо змісту та оформлення дисертації. Оцінюючи в цілому позитивно наукове дослідження Дідо Юрія Михайловича, варто у порядку дискусії отримати відповіді на такі запитання:

- 1) Бажано з'ясувати, які, на думку автора, клінічні ознаки неглект – синдрому мають діагностичне значення і можуть входити до складу його діагностичного алгоритму?
- 2) Цікаво, які втручання в розробленій вами програмі були спрямовані на корекцію проявів неглекту?
- 3) Назвіть основні причини порушення функції верхньої кінцівки при мозковому інсульті?
- 4) Конкретизуйте, яке значення має сторона інсульту для відновлення рухової функції верхньої кінцівки?
- 5) На рисунку 2.2 «Формування груп пацієнтів» підрозділ 2.2, вказано, що 32 з контингенту пацієнтів не закінчили програму дослідження. Хотілося б з'ясувати головні причини виключення пацієнтів із дослідження.

Слід відзначити, що вказані зауваження не є принциповими, носять дискусійний характер і не знижують наукового рівня роботи.

Висновок. Дисертаційна робота Діда Юрія Михайловича на тему: «Відновлення рухової функції верхньої кінцівки у осіб з правопівкульним ішемічним інсультом, ускладненим неглектом, засобами фізичної терапії та ерготерапії» є завершеним самостійним дослідженням, має наукову новизну, характеризується новим підходом і практичною цінністю, відповідає спеціальності 227 Терапія та реабілітація, вимогам до оформлення дисертацій, затвердженим Наказом Міністерства освіти та науки України від 12.01.2017 р. №40 «Про затвердження вимог до дисертації (зі змінами, внесеними згідно з Наказом Міністерства освіти та науки України № 759 від 31.05.2019 р.)» та вимогам «Порядку присудження ступеня доктора філософії та скасування рішення разової спеціалізованої вченої ради закладу вищої освіти, наукової установи про присудження ступеня доктора філософії» (Постанова Кабінету

Міністрів України від 12.01.2022 р. №44 зі змінами), а її автор, Дідо Юрій Михайлович, заслуговує присудження ступеня доктора філософії з галузі знань 22 Охорона здоров'я за спеціальністю 227 Фізична терапія, ерготерапія.

РЕЦЕНЗЕНТ:

доцент кафедри терапії
та реабілітації Національного університету
фізичного виховання і спорту України,
кандидат медичних наук, доцент



Римма БАННІКОВА

Підпис Баннікової Р. засвідчую

Проректор з науково-педагогічної роботи
Національного університету фізичного
виховання і спорту України



Ольга БОРИСОВА