

ВІДГУК

офіційного опонента завідувача кафедри терапії та реабілітації
Сумського державного педагогічного університету імені А.С.Макаренка,
кандидата наук з фізичного виховання та спорту, доцента
Звіряки Олександра Миколайовича 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 обраної теми. Ішемічний інсульт є серйозною проблемою охорони здоров'я в багатьох країнах, особливо з низьким і середнім рівнем доходу, де нові випадки гострого порушення мозкового кровообігу фіксують у 0,2% населення, що становить приблизно 16 мільйонів людей. У найближче десятиліття експерти ВООЗ прогнозують подальший ріст кількості мозкових інсультів, зокрема в Європейському регіоні до більш ніж 1 500 000 на рік у 2025 році.

Ішемічний інсульт є однією з основних економічних витрат у сфері охорони здоров'я та другою за значимістю причиною інвалідності серед населення України. Так, у 70–87% людей після інсульту розвиваються рухові порушення, а у 40–56% випадків страждає функція верхньої кінцівки. Для правопівкульного інсульту окрім рухових порушень характерні стани, які погіршують прогноз на відновлення пацієнтів, а саме: одностороннє просторове ігнорування / неглект, порушення орієнтації в просторі / часі, зниження уваги, що суттєво ускладнює повернення пацієнтів в соціум. Неглект збільшує тривалість госпіталізації, ризик падіння, значно збільшує функціональну залежність і знижує якість життя пацієнта та його оточення. Порушення рухової функції верхньої кінцівки є найбільш дезадаптуючими для пацієнта, оскільки, щоб зберегти можливість самообслуговування найважливіше значення має здатність самостійно маніпулювати рукою та не ігнорувати її наявність. 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. Успішність процесу залежить від нейропластичності, свідомого залучення, пам'яті, виконавчих функцій і

зорового аналізатора. Наявні порушення активності та участі вимагають переносу акцентів з проблем виживання пацієнтів на якість їх подальшого життя, що робить актуальною проблему реабілітації. Реабілітаційні послуги є основним механізмом, який сприяє функціональному відновленню та досягненню незалежності у пацієнтів з гострим інсультом.

На сьогодні з метою покращення функції верхньої кінцівки реабілітологи широко практикують використання різних засобів фізичної терапії, а саме СІМТ-терапію, «дзеркальну терапію», цілеорієнтовну терапію та практику подвійних завдань. При цьому фахівці застосовують спектр ерготерапевтичних методів та високо технологічні реабілітаційні комплекси. Однак, присутність різних типів неглекту, відмінності у механізмах порушення функцій верхньої кінцівки, неоднозначність думок серед дослідників з питання відновлення цих механізмів засобами фізичної терапії та ерготерапії, а також неоднаковий рівень матеріально-технічного забезпечення лікувально-реабілітаційних установ обумовлює актуальність обраної теми дослідження.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Робота виконана 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 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).

Внесок автора, як співвиконавця полягає в розробці та науковому обґрунтуванні індивідуальної реабілітаційної програми відновлення рухової функції верхньої кінцівки осіб з правопівкульним ішемічним інсультом, ускладненим неглектом, із поєднаним використанням заходів фізичної терапії та ерготерапії.

Ступінь обґрунтованості наукових положень, висновків і рекомендацій, сформульованих у дисертаційній роботі, підтверджується достатнім обсягом фактичного матеріалу та обсягом вибірки. Зібраний у процесі дослідження матеріал був опрацьований адекватними методами статистичного аналізу, а представлені в роботі зведені таблиці та рисунки, цифрові показники дозволяють говорити про вірогідність наукових положень дисертаційної роботи, теоретичне обґрунтування сформульованих висновків та практичних рекомендацій.

За темою дисертації 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.

Наукова новизна отриманих результатів полягає в тому, що дисертантом 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). Також автором 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. У той же час дістали 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. Здобувачем 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.

Практична і теоретична значущість роботи полягає в тому, що впровадження 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.

Результати досліджень впроваджені у роботу відділення судинної неврології КНП “Ужгородська міська багатoproфільна клінічна лікарня” Ужгородської міської ради, а також у навчальний процес студентів спеціальності 227 Фізична терапія, ерготерапія кафедри терапії та реабілітації Національного університету фізичного виховання і спорту України та кафедри фізичної реабілітації Державного вищого навчального закладу «Ужгородський національний університет», що підтверджено відповідними актами впровадження.

Оцінка дисертаційної роботи за змістом. Структура дисертаційного дослідження складається з анотації, переліку умовних позначень, включає вступ, шість розділів, висновки, список використаних джерел та додатки. Загальний обсяг дисертації становить 236 сторінок. Робота містить 43 таблиці та 28 рисунків та 17 додатків. У бібліографії подано 211 наукових джерел.

Анотація містить всі необхідні компоненти та традиційно викладена двома мовами.

У **вступі** обґрунтовано актуальність теми, визначено об’єкт, предмет, мету та завдання дослідження, зазначено використані методи, розкрито наукову новизну та практичну значущість роботи, представлено особистий внесок автора до спільно опублікованих наукових праць, описано сферу апробації результатів дослідження, зазначено кількість публікацій, окреслено структуру та обсяг дисертаційної роботи.

У **першому розділі** «СУЧАСНІ ОСОБЛИВОСТІ ВІДНОВЛЕННЯ РУХОВОЇ ФУНКЦІЇ У ОСІБ З ШЕМІЧНИМ ІНСУЛЬТОМ УСКЛАДНЕНИМ НЕГЛЕКТОМ ЗАСОБАМИ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ТА ЕРГОТЕРАПІЇ» проведено теоретичний аналіз науково-методичної літератури з проблеми дослідження. Проаналізовано сучасні дані щодо постінсультних порушень, наслідків перенесеного інсульту, засобів фізичної терапії та ерготерапії, спрямовані на відновлення функції верхньої кінцівки у пацієнтів з неглектом в гострому та підгострому періодах. Встановлено, що реабілітація після інсульту це - динамічний процес, під час якого пацієнти з наслідками інсульту відновлюють свої попередні здатності, або досягають свого оптимального фізичного, когнітивного, емоційного, соціального та комунікативного рівня функціонування. Фізична терапія зосереджена на виконанні вправ, що сприяють поступовому відновленню моторного контролю, поліпшенню балансу із використанням індивідуальних програм

безпечної активності. Ерготерапія включає методики тренування функціональних дій, спрямованих на покращення здатності до виконання занять та інтеграції у соціальне середовище, з акцентом на адаптивні техніки та технології. Здобувач наголошує, що інноваційні підходи, а саме роботизовані пристрої, імітаційні системи віртуальної реальності та біологічного зворотнього зв'язку, не завжди доступні у більшості реабілітаційних відділень, що потребує більшого акценту на мультидисциплінарному підході та активному залученні пацієнтів у процес відновлення. Вказане, дозволить більш швидко та стало повернути рухові функції, якість життя пацієнтів, що є перспективним напрямком наукових досліджень.

У другому розділі «МЕТОДИ ТА ОРГАНІЗАЦІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ» необхідно відзначити адекватний рівень клінічних методів дослідження: збір анамнезу, шкала 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 когнитивних функцій за шкалою MoCA; методи оцінки просторово-зорових порушень (неглекту): тест Альберта, тест викреслення зірочок, тест поділу ліній навпіл, шкала Кетрін Бержего; Канадський Інструмент Оцінки Виконання Занять (Canadian Occupational Performance Measure (COPM)).

У дослідженні взяли участь пацієнти із діагнозом - гостре порушення мозкового кровообігу у правій гемісфері головного мозку за ішемічним типом ускладненим неглектом, які були госпіталізовані до відділення судинної неврології КНП “Ужгородська міська багатопрофільна клінічна лікарня” Ужгородської міської ради. Середній вік у вибірці становив $68,62 \pm 10,06$ років. Найбільша частка (46,6 %) пацієнтів мала стан середньої важкості. З 93 пацієнтів на основі алгоритму Predict recovery potential (PREP2) були відібрані 58 осіб (29 жінок та 29 чоловіків), які відповідали критеріям включення, а саме – можливості застосування стратегії розвитку. Пацієнти були поділені методом рандомізованої вибірки на основну групу - 29 осіб та групу порівняння - 29 осіб. 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). Пацієнти групи порівняння отримували програму відновлення, котра включала ПНФ, тренування балансу, ерготерапевтичне втручання, вправи для розвитку дрібної моторики.

У третьому розділі «РЕЗУЛЬТАТИ ПЕРВИННОГО ОБСТЕЖЕННЯ ОСІБ З ПОРУШЕННЯМ ФУНКЦІЇ ВЕРХНЬОЇ КІНЦІВКИ, ЩО ПЕРЕНЕСЛИ ПРАВОПОЛУШАРНИЙ ІШЕМІЧНИЙ ІНСУЛЬТ, УСКЛАДНЕНИЙ НЕГЛЕКТОМ» проведено аналіз первинного обстеження дозволив комплексно оцінити стан пацієнтів з правопівкульним ішемічним інсультом, ускладненим неглектом. За шкалою коми Глазго середній бал складав $11,62 \pm 1,79$, що вказувало на помірне оглушення у більшості пацієнтів. Супутні захворювання були представлені гіпертонічною хворобою у 65,5 % та ішемічною хворобою серця у 46,6 %. Оцінка моторної функції верхньої кінцівки за шкалою Fugl-Meyer показала середній бал $16,28 \pm 2,88$ (24,7 % від максимуму), що свідчить про значний руховий дефіцит, особливо в області кисті та зап'ястя. Пропріоцептивна чутливість також була порушеною, із середнім результатом $10,26 \pm 1,92$ бала. Когнітивні функції оцінювались на рівні $18,78 \pm 4,91$ бала за шкалою МОСА, із найвираженішими порушеннями у сфері уваги. Баланс пацієнтів був значно знижений: за шкалою балансу Берга середній результат становив $18,98 \pm 6,62$ бала, що свідчить про високий ризик падінь. Оцінка активності за шкалою Бартел продемонструвала середній індекс $43,97 \pm 11,76$ бала, причому 61,6 % пацієнтів мали виражену залежність від сторонньої допомоги. Зорово-просторові порушення були виражені за шкалою Кетрін Бержего та за тестом Альберта середній бал становив $18,34 \pm 4,52$ (47 % від максимуму), за тестом «дзвіночки» – $13,33 \pm 4,18$ (38,1 %), а за тестом «зірочки» – $35,05 \pm 6,98$ (32,5 %). У всіх пацієнтів зафіксовано значні функціональні порушення верхньої кінцівки, високий ризик падінь, незначний когнітивний дефіцит, труднощі із самообслуговуванням та прийомом їжі, низькою задоволеністю у виконанні значущих завдань, що разом сприяло зниженню соціальної активності.

У четвертому розділі «ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ ТА ЕРГОТЕРАПІЯ В ІНДИВІДУАЛЬНІЙ РЕАБІЛІТАЦІЙНІЙ ПРОГРАМІ ВІДНОВЛЕННЯ ФУНКЦІЇ ВЕРХНЬОЇ КІНЦІВКИ ОСІБ З ПРАВОПІВКУЛЬНИМ ІНСУЛЬТОМ, УСКЛАДНЕНИМ НЕГЛЕКТОМ» описані компоненти індивідуальної реабілітаційної програми, що стосуються фізичної терапії та ерготерапії для осіб з правопівкульним ішемічним інсультом ускладненим неглектом. Детально викладено організаційні основи побудови індивідуальної програми реабілітації базувалися на об'єктивній оцінці: стану верхньої кінцівки пацієнта (особливостей використання у різних сферах

життя та прогностичного інструменту відновлення PREP2); урахування особливості порушення просторового сприйняття (особистісний, периперсональний, екстраперсональний неглекти); адаптації до індивідуальних потреб пацієнтів визначеними за Канадським інструментом оцінки виконання занять пріоритетними цілями, мотивації та взаємодії з опікунами, що відповідає принципам біопсихосоціальної моделі.

Індивідуальна реабілітаційна програма 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 тривала 8 тижнів (стаціонарний та домашній етапи). Перші два тижні в умовах стаціонару забезпечували інтенсивний підхід із трьома заняттями на день (по 30-40 хвилин), що проводилися 5 днів на тиждень. Подальший реабілітаційний період у домашніх умовах тривав із третього по сьомий тиждень, передбачаючи поступове зростання до 90-хвилинних щоденних занять, з яких 60 хвилин приділялося фізичній терапії, а 30 хвилин – ерготерапії. Восьмий тиждень був запланованим для корекції програми, підведення підсумків втручання. Заходи фізичної терапії включали різноманітні методики, спрямовані на відновлення рухових функцій, підвищення мобільності та покращення рівноваги, відновлення функції верхньої кінцівки (хвати, балансування, опора, невербальне спілкування). Використовували терапевтичні вправи, терапію індукованим обмеженням руху верхньої кінцівки, а також пропріорецептивне нейром'язове фасилітування. Застосовувалися стратегії поступового ускладнення завдань, навчання без помилок і тренування з урахуванням проявів неглекту. Ерготерапевтичні сесії зосереджувалися на відновленні навичок самообслуговування, когнітивної стимуляції, тренування рухових навичок, пов'язаних із використанням адаптації побуту, корекції просторової орієнтації та тренування соціальних навичок для взаємодії з іншими людьми. Використовувалися техніки терапії індукованого обмеження, дзеркальної терапії, безпомилкового навчання, а також сигнальні засоби (кольорові маячки). Значна увага приділялася навчанню опікунів та адаптації середовища для забезпечення безпеки та підвищення якості життя пацієнтів. Таке поєднання методів фізичної терапії та ерготерапії з орієнтацією на потреби пацієнтів дозволяє ефективно коригувати рухові порушення, враховуючи прояви неглекту та індивідуальні особливості кожного пацієнта.

Здобувач зацентрував увагу у процесі реалізації ІРП на наявності помилок у формуванні цілей, втраті пріоритетності цілей для пацієнта, помилка в обстеженні пацієнта, помилках у менеджменті пацієнта та

неспрацюванні методів втручання.

Також сформульовано протокол втручання для групи порівняння, який складався з позиціонування, терапевтичних вправ, навчанням навичок переміщення, ходьби. Перші 2 тижні в умовах стаціонару пацієнти працювати з фізичним терапевтом 2 заняття на день по 30-40 хвилин та з ерготерапевтом 1 заняття по 30-40 хвилин. Заняття з фізичним терапевтом були спрямовані на правильне позиціонування пацієнта у кріслі колісному та навчання навичкам мобільності у положенні сидячи, стоячи та в ходьбі. Заняття з ерготерапевтом включали в себе відпрацювання навичок самообслуговування; стимуляцію когнітивних функцій; заняття над просторовою орієнтацією; догляд за ігнорованою стороною тіла. З третього по восьмий тиждень заняття проходили в домашніх умовах.

У п'ятому розділі «ОСОБЛИВОСТІ ДИНАМІКИ ПОКАЗНИКІВ ПІД ВПЛИВОМ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ТА ЕРГОТЕРАПІЇ, СПРЯМОВАНОЇ НА ВІДНОВЛЕННЯ РУХОВОЇ ФУНКЦІЇ ВЕРХНЬОЇ КІНЦІВКИ ОСІБ З НЕГЛЕКТОМ» здобувач наводить результати формувального експерименту, де дослідження показало, що застосування цілеспрямованих реабілітаційних втручань, зокрема фізичної терапії та ерготерапії, у пацієнтів основної групи продемонструвало статистично значуще кращі результати у відновленні моторних функцій верхньої кінцівки, зокрема проксимальної частини, кисті та променево-зап'ясткового суглобу. Пацієнти основної групи мали переваги у пропріоцептивній чутливості плечового суглобу, пальців кисті та великого пальця кисті, що підтверджує ефективність комбінованих методів реабілітації. Збільшенні загального балу за шкалою МОСА на 5,48 бала серед пацієнтів основної групи, свідчить про значний вплив реабілітаційних заходів просторову орієнтацію та пам'ять. Статистично значуще покращення балансу за шкалою Берга, де загальний бал зріс з 19 (12,5; 24,7) до 42 (35;47) балів ($p < 0,05$) у осіб основної групи вказує на ефективність вправ з подвійним завданням і цілеспрямованих стратегій фізичної терапії у відновленні статичної та динамічної рівноваги, що створює умови для більш безпечного та ефективного використання верхньої кінцівки. Результати за індексом Бартела серед пацієнтів основної групи показали вищі результати ($72,07 \pm 8,92$ бала) на відміну від групи порівняння ($62,93 \pm 9,31$ бали) де $p < 0,01$, що свідчить про суттєве зниження рівня залежності у повсякденній діяльності та перевагу авторської ІРП. Розроблена ІРП дозволила зменшити прояви неглекту та адаптувати пацієнтів до функціонування із ним, що підтверджено статистично кращими показниками за тестами Альберта та шкали Кетрін Бержего.

У шостому розділі «АНАЛІЗ ТА УЗАГАЛЬНЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ» здобувач узагальнює результати дослідження. Співставлення отриманих результатів з наявними в науковій літературі дозволяє визначити дані, які підтверджують та доповнюють сучасні знання з досліджуваного напрямку, визначити факти, встановлені вперше, що дає можливість обґрунтувати наукову новизну дисертаційного дослідження. При цьому у розділі чітко відображено три групи даних, що були отримані за результатами проведеного наукового дослідження, а саме ті, що підтверджують, доповнюють і абсолютно нові дані.

Висновки узгоджуються із завданнями, що сформульовані в дисертаційному дослідженні, обґрунтовані та достовірні, відображають новизну та практичну значущість роботи.

Порушень академічної доброчесності не виявлено.

Дисертація характеризується глибоким розкриттям досліджуваної проблеми, самостійністю в підходах до їхнього висвітлення, ґрунтовною практичною перевіркою отриманих результатів, їхньою істотною теоретичною та практичною значимістю.

Позитивно оцінюючи наукову працю Дідо Юрія Михайловича, необхідно зазначити деякі **зауваження, побажання і дискусійні питання:**

1. У процесі дисертаційного дослідження зазначено, що під час розробки компонентів індивідуальної реабілітаційної програми, що стосуються фізичної терапії та ерготерапії для осіб з правопівкульним ішемічним інсультом ускладненим неглектом для прийняття рішень використовували гіпотизоорієнтований алгоритм для клініцистів - П. Скажіть, будь ласка, з якою метою ви його використовували та який вплив від використання Ви отримали?

2. Чому у представленій кваліфікаційній науковій праці використано для пацієнтів основної групи метод COAST і чим він кращий від більш вживаного в умовах сьогодення формату SMART?

3. У науковій новизні Ви наголошуєте на провідній ролі ерготерапевта у роботі міждисциплінарної команди саме для пацієнтів із гострим порушенням мозкового кровообігу у правій гемісфері головного мозку за ішемічним типом ускладненим неглектом, поясніть своє твердження.


4. Під час апробації індивідуальної реабілітаційної програми із поєднаним використанням заходів фізичної терапії та ерготерапії, спрямовану на відновлення рухової функції верхньої кінцівки осіб з правопівкульним ішемічним інсультом, ускладненим неглектом: яким чином Ви впливали на нейропластичність у процесі реабілітації?

5. Яким чином Ви узгоджували діяльність фізичного терапевта та ерготерапевта у рамках співпраці на одному тижні. При цьому, як використання біомеханічної рамки роботи ерготерапевтом поєднувалося із роботою фізичного терапевта?

Висновок. Висловлені недоліки і дискусійні питання суттєво не впливають на загальну позитивну оцінку дисертації. Робота виконана на достатньому науково-теоретичному і методичному рівнях, містить різноплановий та ретельно опрацьований автором новий теоретичний і практичний матеріал. Вважаємо, що дисертаційне дослідження Діда Юрія Михайловича «Відновлення рухової функції верхньої кінцівки у осіб з правопівкульним ішемічним інсультом, ускладненим неглектом, засобами фізичної терапії та ерготерапії» відповідає спеціальності 227 Фізична терапія, ерготерапія, галузь знань 22 Охорона здоров'я, вимогам до оформлення дисертацій, затвердженим Наказом Міністерства освіти і науки України № 40 від 12.01.2017 року (зі змінами, внесеними згідно з Наказом Міністерства освіти і науки України № 759 від 31.05.2019 р.), «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 № 44 від 12 січня 2022 р., зі змінами), а її автор, Дідо Юрій Михайлович, заслуговує присудження ступеня доктора філософії в галузі знань 22 Охорона здоров'я за спеціальністю 227 Фізична терапія, ерготерапія.

Офіційний опонент:

завідувач кафедри терапії та реабілітації
Сумського державного педагогічного
університету імені А. С. Макаренка,
канд. фіз. вих., доцент



Олександр ЗВІРЯКА

Підпис Звіряки О. М. засвідчую,
перший проректор Сумського державного
педагогічного університету
імені А. С. Макаренка,
к. психол. н., доцент



Ганна ЗАКІНА