

РЕЦЕНЗІЯ

**доцента кафедри терапії та реабілітації
Національного університету фізичного виховання і спорту України,
кандидата медичних наук, доцента Баннікової Римми Олексіївни
на дисертаційну роботу Чабанової Надії Валеріївни
«Фізична терапія осіб з периферичними нейропатіями, спричиненими
мінно-вибуховими пораненнями нижніх кінцівок», подану на здобуття
ступеня доктора філософії за спеціальністю
227 Фізична терапія, ерготерапія, галузь знань 22 Охорона здоров'я**

Актуальність теми. Сучасні військові конфлікти, в тому числі повномасштабна збройна агресія проти України зумовлюють зростання кількості військовослужбовців та цивільного населення, які отримують поранення різного ступеня тяжкості і потребують тривалого відновлення. Як відомо, бойові травми (вогнепальні поранення) характеризуються складною структурою уражень, що поєднують пошкодження опорно-рухового апарату, нервової системи, психоемоційні розлади та сприяють тяжкій інвалідизації постраждалих.

У структурі бойових поранень військовослужбовців переважають саме ураження кінцівок (на них припадає від 50% до 70% усіх поранень), причому поранення нижніх кінцівок становлять найбільшу частку таких ушкоджень, що визначає їх високу медико-соціальну значущість. Особливої уваги потребують випадки, коли бойова травма нижньої кінцівки ускладнюється ушкодженням периферичних нервів. Клінічно такі ураження проявляються парезами, порушеннями чутливості, м'язовою слабкістю та стійким обмеженням рухової функції. Поєднання структурного ушкодження нижньої кінцівки з периферичним неврологічним дефіцитом зумовлює не лише зниження сили й амплітуди рухів, а й порушення постурального контролю, координації та безпеки локомоції.

Досвід бойових дій країн НАТО зумовив формування та впровадження у Збройні Сили України доктрини окремих рівнів надання медичної допомоги з чітко визначеними її обсягами для виконання трьох сучасних вимог до військової медицини – зберегти життя, зір та кінцівку. Відновне лікування та реабілітація

військовослужбовців після вогнепальних поранень потребують тривалого часу, в зв'язку з чим реабілітаційна практика потребує впровадження інноваційних технологій, спрямованих на підвищення ефективності відновлювальних заходів.

Фізична терапія є важливою складовою медико-соціального відновлення та повернення поранених до активного життя. Проте аналіз наукових досліджень останніх років свідчить, що наявні наукові дані мають фрагментарний характер, недостатньо систематизовані щодо послідовності та змісту фізіотерапевтичних втручань у разі бойової травми нижніх кінцівок з периферичними нейропатіями. Це обґрунтовує необхідність подальшого науково-методичного опрацювання й розроблення структурованого алгоритму фізичної терапії для цієї категорії пацієнтів, визначає актуальність представленої роботи та перспективи її практичного застосування.

Зв'язок роботи з науковими планами, темами. Дисертаційну роботу виконано у відповідності до плану науково-дослідницької роботи Національного університету фізичного виховання і спорту України на 2021-2025 рр. за темою 4.2 «Відновлення функціональних можливостей, діяльності та участі осіб різних нозологічних, професійних та вікових груп засобами фізичної терапії» (номер державної реєстрації 0121U107926, 0121U107532).

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 - науково-методичне обґрунтування, розробка та впровадження алгоритму використання заходів фізичної терапії осіб з периферичними нейропатіями, спричиненими мінно-вибуховими пораненнями нижніх кінцівок, з метою покращення їх функціонального стану, активності та участі - передбачало поступове вирішення трьох завдань:

1. Вивчити стан питання і систематизувати сучасні науково-методичні знання щодо відновлення осіб із мінно-вибуховими та вогнепальними ураженнями нижніх кінцівок.

2. Визначити основні показники функціонального стану опорно рухового апарату осіб з периферичними нейропатіями (малогомілкового та великогомілкового нервів), спричиненими мінно-вибуховими пораненнями нижніх кінцівок.

3. Розробити алгоритм застосування заходів фізичної терапії осіб з нейропатіями малогомілкового та великогомілкового нервів, спричиненими мінно-вибуховими пораненнями нижніх кінцівок, та дослідити його ефективність.

За матеріалами дослідження опубліковано 9 наукових праць, з них 4 статті у фахових виданнях України, з яких 2 статті у фаховому виданні України, що проіндексоване в базі даних Scopus (Q4), 4 праці апробаційного характеру та 1 – у періодичному науковому виданні Словаччини, що проіндексоване в базі даних Scopus (Q4), яка додатково відображає результати дослідження. В публікаціях автором повністю висвітлені результати дисертаційної роботи.

Основні положення дисертації, її висновки та результати презентовано на міжнародних конгресах та всеукраїнських науково-практичних конференціях: на 52-му Національному конгресі Італійського товариства фізичної та реабілітаційної медицини (SIMFER) «Реабілітаційна наука та діяльність у громаді задля нової етики реабілітації» (52° Congresso Nazionale SIMFER «La scienza riabilitativa e l'impegno nel territorio per una nuova etica della riabilitazione», Італія, Падуя, 2024), Конгресі травми України (Congress Trauma Ukraine, Київ, 2024); XVIII Міжнародній науковій конференції молодих вчених «Молодь та олімпійський рух» (Київ, 2025), X Всеукраїнській науково практичній онлайн-конференції «Фізичне виховання, спорт та здоров'я людини: досвід, проблеми, перспективи» (Київ, 2023), VI Всеукраїнській науково-практичній internet-конференції з міжнародною участю, присвяченій пам'яті професора О. В. Пешкової «Сучасні тенденції, спрямовані на збереження здоров'я людини» (Харків, 2025), IV Всеукраїнській науково-практичній конференції з міжнародною участю «Актуальні питання фізичного виховання, спорту,

здорового способу життя та якості життя різних верств населення» (Харків, 2026).

Результати досліджень Чабанової Надії Валеріївни носять об'єктивний характер, базуються на застосуванні широкого кола методів дослідження, адекватних завданням роботи та методологічним підходам Міжнародної класифікації функціонування (МКФ), достатній кількості дослідницького матеріалу (40 пацієнтів) та проаналізовані за допомогою сучасних методів математичної статистики. Висновки логічно слідують з викладеного в дисертаційній роботі матеріалу, добре аргументовані, вказують на реалізацію завдань та досягнення поставленої мети.

Наукова новизна дослідження полягає в тому, що:

– уперше науково обґрунтовано, розроблено та описано алгоритм здійснення реабілітаційних заходів осіб із мінно-вибуховими пораненнями нижніх кінцівок, ускладненими периферичними нейропатіями великогомілкового та малогомілкового нервів, відповідно до перебігу реабілітаційного процесу, що охоплює гострий, післягострий та довготривалий етапи з урахуванням поліструктурності бойової травми, функціонального статусу пацієнта; особливостей побудови терапевтичного альянсу, місцезнаходження пацієнта (лікувальний заклад, реабілітаційне відділення або центр, місце постійного проживання пацієнта), сучасних принципів доказової медицини та мультидисциплінарного підходу;

– уперше визначено особливості застосування засобів фізичної терапії в індивідуальному плані реабілітації для осіб із мінно-вибуховими пораненнями нижніх кінцівок після реконструктивних оперативних втручань на великогомілковому та малогомілковому нервах, що побудований за фазовою моделлю, а саме фаз: післяопераційного захисту, ранньої захищеної мобілізації, сенсорно-орієнтованої фази I, ознак реіннервації, сенсорно-орієнтованої фази II та фази силової й функціональної інтеграції;

– уперше, відповідно до принципів моторного навчання та закономірностей нейрорегенерації, диференційовано визначено цілі і стратегії фізичної терапії відповідно до означених фаз: захисту анастомозу, контролю болю і набряку, профілактики контрактур та адгезій, відновлення рухливості, зниження сенсорної гіперчутливості, сенсорної реєдукації, відновлення нервово-м'язової взаємодії, координації, рівноваги, м'язової сили, витривалості, пропріоцепції, функціональних трансферів і повернення до складних рухових завдань та повсякденної участі;

– уперше визначено особливості поєданого використання мануальних технік, терапевтичних та нейродинамічних вправ в індивідуальній реабілітаційній програмі; – уперше виявлені принципово різні механізми обмеження та відновлення діапазону активних рухів у проксимальних і дистальних сегментах нижньої кінцівки осіб із мінно-вибуховими пораненнями нижніх кінцівок, після реконструктивних оперативних втручань на великогомілковому та малогомілковому нервах;

– дістали подальшого розвитку наукові уявлення про етапно-фазову організацію фізичної терапії при поліструктурних бойових пораненнях нижніх кінцівок, зумовлених мінно-вибуховою травмою, з урахуванням повторних оперативних втручань на різних тканинних і анатомічних рівнях, що обґрунтовує потребу в неодноразовому поверненні до змісту й протоколів гострого етапу реабілітаційного процесу;

– дістали подальшого розвитку погляди на відновлення засобами фізичної терапії обсягу активних рухів у суглобах та сили м'язів нижньої кінцівки, витривалості, швидкості ходьби, зменшення ризику падіння в індивідуальній реабілітаційній програмі для осіб з нейропатіями малогомілкового та великогомілкового нервів, спричиненими мінно вибуховими пораненнями нижніх кінцівок;

– підтверджено дані про відсутність системних реабілітаційних втручань на ранніх рівнях медичного забезпечення в межах лікувально евакуаційних заходів, тоді як їх практична реалізація розпочиналася переважно на

стаціонарному етапі лікування, співвідносному з III рівнем медичного забезпечення;

– підтверджено дані про позитивний вплив урахування стратегій відновлення балансу на відновлення активності, мобільності і незалежності осіб з нейропатіями малогомілкового та великогомілкового нервів, спричиненими мінно-вибуховими пораненнями нижніх кінцівок.

Практичне значення отриманих результатів полягає в обґрунтуванні та впровадженні засобів фізичної терапії в індивідуальному плані реабілітації осіб із мінно-вибуховими пораненнями нижніх кінцівок, що дає змогу узгоджувати реабілітаційний процес з поліструктурністю поранення, повторними оперативними втручаннями, початковою наявністю АЗФ, фазами відновлення нервів тощо. Практичне застосування розробленого підходу підвищує безпеку та прогнозованість відновлення, забезпечує своєчасну профілактику вторинних ускладнень, сприяє контролю болю й набряку, підтримці нейром'язової активності, підготовці до вертикалізації, а після реконструкції нерва – відновленню пропріоцепції, балансу, опороздатності та ходьби. Важливим практичним результатом є також можливість персоналізації втручань із урахуванням мотиваційних, психоемоційних і соціальних чинників, а також організації дистанційного супроводу пацієнтів поза стаціонарним реабілітаційним відділенням. Запропонований підхід може бути використаний для стандартизації реабілітаційного маршруту в умовах війни, сприяє більш ранньому досягненню безпечної мобільності та самообслуговування, оптимізації термінів госпіталізації, підвищенню ефективності реабілітаційної допомоги та розширенню можливостей повернення пацієнтів до професійної й соціальної участі.

Основні положення, висновки та результати дослідження впроваджено в: роботу відділу реабілітації ДУ «Інститут травматології та ортопедії НАМН України», м. Київ; роботу медичного центру «ФЕСКО», м. Бровари; роботу західного реабілітаційно-спортивного центру НКСІУ; а також у навчальний процес кафедри терапії та реабілітації Національного університету фізичного

виховання і спорту України при викладанні дисципліни «Фізична терапія у нейрореабілітації» для здобувачів другого (магістерського) рівня вищої освіти, спеціальності 227 Терапія та реабілітація, спеціалізації 227.1 Фізична терапія та дисципліни «Клінічний реабілітаційний менеджмент при неврологічних дисфункціях» для здобувачів першого (бакалаврського) рівня вищої освіти, спеціальності 227 Фізична терапія, ерготерапія;

Оцінка змісту дисертації. Дисертаційна робота включає анотацію, вступ, п'ять розділів, висновки, список використаних джерел та 7 додатків. Загальний обсяг дисертації становить 222 сторінки. Робота містить 36 таблиць та 16 рисунків. У бібліографії подано 233 наукових джерел.

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

У **першому розділі** «Сучасні теоретичні і практичні аспекти фізичної терапії осіб із мінно-вибуховими та вогнепальними пораненнями нижніх кінцівок, ускладнених ушкодженням периферичних нервів» викладено соціально-економічне значення фізичної терапії осіб із мінно-вибуховими та вогнепальними пораненнями нижніх кінцівок, ускладнених ушкодженням периферичних нервів. Увагу приділено особливостям впливу мінно-вибухових та вогнепальних поранень нижніх кінцівок, ускладнених ушкодженням периферичних нервів, на морфо-функціональні показники та якість життя пацієнтів. Визначено сучасні погляди на фізичну терапію осіб із мінно-вибуховими та вогнепальними пораненнями нижніх кінцівок, ускладнених ушкодженням периферичних нервів.

Проведений аналіз і узагальнення сучасних науково-методичних джерел засвідчили, що відновлення осіб із мінно-вибуховими пораненнями нижніх кінцівок, ускладненими ушкодженням периферичних нервів, є складною

медико-соціальною проблемою, зумовленою високою частотою поєднаних ушкоджень м'яких тканин, кісткових структур, судин і нервів, значними морфо-функціональними порушеннями, обмеженням мобільності, зниженням якості життя та високим ризиком інвалідизації. Водночас засвідчено недостатній стан практичної розробки цього питання в Україні відповідно до сучасних потреб. Встановлено, що підходи до фізичної терапії цього контингенту повинні ґрунтуватись на принципах раннього початку, поетапності, індивідуалізації, мультидисциплінарності та функціональної спрямованості втручань, із використанням терапевтичних вправ, засобів відновлення сили, обсягу рухів, ходи, рівноваги, нейром'язової активації, сенсорної редукації та психоемоційної підтримки.

Спираючись на все вищевказане, обґрунтована доцільність розроблення індивідуалізованого алгоритму фізичної терапії для осіб із мінно-вибуховими пораненнями нижніх кінцівок, ускладнених ушкодженням периферичних нервів, що відповідає сучасним науковим і клінічним вимогам.

У **другому розділі** «Методи та організація дослідження» представлено методи, дизайн та етапи дослідження. Для вирішення поставлених завдань були використані методи дослідження: теоретичні методи (аналіз, систематизація та узагальнення наукової і науково-методичної літератури з питань реабілітації осіб із наслідками бойових (мінно-вибухових та вогнепальних) травм), клінічні методи обстеження (контент-аналіз медичної документації; збір анамнезу та клінічне спостереження; неврологічне обстеження - оцінка поверхневої та глибокої чутливості, пропріоцепції, вібраційної чутливості, дослідження рефлексів рухової системи; оцінка больового синдрому за візуально-аналоговою шкалою (ВАШ); гоніометрія для визначення обсягу рухів у суглобах нижніх кінцівок; мануальне м'язове тестування (ММТ); функціональні тести ходьби та мобільності (10-метровий тест ходьби, Timed Up and Go test, Four Square Step Test)); опитувальні та суб'єктивні методи оцінювання (оцінка функціональної активності стопи за допомогою опитувальника Functional Foot Index (FFI); опитувальник оцінки терапевтичного альянсу (Working Alliance Inventory, WAI,

коротка форма); опитувальник задоволеності пацієнта фізичною терапією (Physical Therapy Patient Satisfaction Questionnaire, PTPSQ-I); аналіз суб'єктивних скарг і самопочуття пацієнтів); статистичні методи (методи описової та інферентної математичної статистики для обробки та аналізу отриманих результатів).

Організація дослідження передбачає чітке планування етапів, стандартизацію умов проведення, контроль впливу сторонніх факторів, послідовне впровадження реабілітаційних втручань, а також оцінювання кількісних і якісних змін у стані пацієнтів. Дослідження здійснювалося у три послідовні етапи, протягом 2022-2025 років, що забезпечило перевірку висунутої гіпотези, апробацію результатів, виконання поставлених завдань і впровадження розробленої індивідуальної реабілітаційної програми у клінічну практику.

Третій розділ присвячений методичним принципам «Фізичної терапії осіб з периферичними нейропатіями, спричиненими мінно-вибуховими травмами нижніх кінцівок».

Алгоритм фізичної терапії для осіб із периферичними нейропатіями після мінно-вибухових поранень нижніх кінцівок було побудовано із чіткою послідовністю фаз узгоджених з відновленням провідності нерва та відповідних ним цілей і критеріїв прогресії. Його реалізація забезпечила структурований перехід від захисту зони реконструкції та симптом-модуляції до сенсомоторної інтеграції й відновлення опори/ходи, що підвищувало керованість реабілітаційного процесу та клінічну відтворюваність втручань у пацієнтів із поліструктурними бойовими ушкодженнями.

Врахування психоемоційного та соціального контексту пораненого стало невід'ємною складовою розробки індивідуальної програми реабілітації. Програма формувалася з урахуванням результатів реабілітаційного обстеження, застосування Міжнародної класифікації функціонування (МКФ), формування цілей за форматом COAST та планування втручань за алгоритмом SOAP. У програмі використовували терапевтичні вправи, елементи нейродинамічних вправ, мануальні методи. Побудова індивідуальної програми фізичної терапії для

осіб із периферичними нейропатіями, спричиненими мінно-вибуховими травмами нижніх кінцівок, розпочиналася ще в умовах виражених клінічних обмежень, коли пацієнти перебували на іммобілізаційному періоді з використанням апаратів зовнішньої фіксації. За таких умов обсяг активної роботи об'єктивно залишався обмеженим, тому основний акцент зміщувався з інтенсивного функціонального тренування на безпечне ведення пацієнта, профілактику вторинних ускладнень, початкову мобілізацію, адаптацію до зміни положення тіла, навчання елементам самообслуговування та використанню допоміжних засобів пересування. Саме на цьому етапі закладалися засади всієї подальшої реабілітаційної програми: проводилося клінічне та функціональне оцінювання, визначалися провідні проблеми пацієнта, уточнювалися цілі та послідовно формувався терапевтичний альянс. Отже, навіть за умов обмеженої рухової активності цей період мав не лише підтримувальне, а й системоутворювальне значення для подальшого відновлення.

Головна особливість розробленої програми – її диференціювання, послідовність та пацієнт-центричність, в якій вибір засобів фізичної терапії визначався не ізолювано, а з урахуванням характеру ушкодження периферичного нерва, стадії відновлення, супутніх пошкоджень, функціональних обмежень і готовності пацієнта до активної участі у реабілітаційному процесі. Її суттєвою рисою стало поєднання логіки нейрорегенерації з принципами моторного навчання та побудови терапевтичного альянсу. Програма формувалася як цілісно організована модель ведення пацієнта на різних етапах реабілітації, що поєднувала заходи фізичної терапії (терапевтичні, мануальні та нейродинамічні вправи, засоби сенсорної деактивації), елементи мотиваційної підтримки, психологічної адаптації та адаптації середовища. Після реконструктивних втручань на периферичних нервах подальшу фізичну терапію було структуровано за фазовим принципом, що забезпечило узгодження особливостей відновлення нервової тканини із завданнями етапів реабілітації.

Таким чином застосування алгоритму фізичної терапії дозволяє систематизувати реабілітаційний процес та адаптувати його до потреб кожного пацієнта.

Четвертий розділ «Ефективність розробленого алгоритму використання заходів фізичної терапії в осіб з периферичними нейропатіями, спричиненими мінно-вибуховими пораненнями нижніх кінцівок» містить інформацію, яка присвячена: динаміці дефіцитів амплітуди руху в суглобах нижньої кінцівки осіб з периферичними нейропатіями, спричиненими мінно-вибуховими пораненнями нижніх кінцівок; впливу запропонованого алгоритму застосування заходів фізичної терапії на відновлення сили м'язів; впливу програми реабілітації на відновлення рухової функції пацієнтів з різним рівнем мобільності (залежно від типу допоміжного засобу пересування); динаміці показників за «Функціональним індексом стопи» осіб з периферичними нейропатіями, спричиненими мінно-вибуховими пораненнями нижніх кінцівок; оцінці терапевтичного альянсу та задоволеності осіб з периферичними нейропатіями як показників якості реабілітаційного процесу.

Забезпечення ефективної терапевтичної та психологічної підтримки на кожному етапі відновлення та інтегрований підхід сприяв покращенню функціональних показників та зниженню больового синдрому осіб із периферичними нейропатіями після мінно-вибухових травм. Так, отримані результати доводять ефективність запропонованої програми реабілітації щодо відновлення морфо-функціональних показників нижньої кінцівки. Встановлено статистично значуще покращення згинання гомілки в обох групах, однак на завершальному етапі перевага основної групи була статистично значущою. Аналогічно, за показником розгинання стопи відмінностей між групами на 1-му етапі не виявлено, проте вже на 2-му та 3-му етапах основна група продемонструвала статистично значуще краще відновлення. На 3-му етапі показник ММТ ураженої кінцівки в основній групі був статистично значуще вищим, ніж у контрольної групи (Me 59 балів проти 41 бала з 90 можливих, $p < 0,001$), а приріст медіани з 1-го до 3-го етапу становив 63,9 % проти 10,8 %

відповідно. Крім того, в основній групі зафіксовано більш виражене зменшення асиметрії між здоровою та ураженою кінцівками. Це свідчить, що розроблена програма забезпечувала не лише загальну позитивну динаміку, а й вищі темпи відновлення клінічно значущих рухів, які визначають опороздатність, ефективність кроку та функціональну спроможність ушкодженої нижньої кінцівки.

Ефективність програми підтверджена також за показниками мобільності та функціонального пересування. За результатами 10-метрового тесту ходьби на вихідному рівні статистично значущих відмінностей між групами не було. Проте на 2-му етапі пацієнти основної групи продемонстрували кращу швидкість ходьби, а на 3-му етапі ця перевага стала ще більш вираженою, тобто пацієнти основної групи пересувалися в середньому у 1,4 раза швидше. Додатково за тестом «Встань та йди» на 3-му етапі серед пацієнтів, які пересувалися самотійно, основна група також показала кращий результат, що вказує на клінічну важливість отриманих показників. Кореляційний аналіз також підтвердив функціональну доцільність програми: встановлено прямий вплив амплітуди розгинання гомілки та розгинання стопи на швидкість ходьби, тоді як в основній групі швидкість пересування на різних етапах тісно пов'язувалася з результатами тесту «Встань та йди», що свідчить про ефективніше відновлення динамічного балансу, координації та функціонального патерну ходи.

Визначено, що якість життя та суб'єктивне сприйняття функціонального стану у пацієнтів із периферичними нейропатіями після мінно-вибухових поранень нижніх кінцівок мають відносно автономний характер і не зводяться лише до показників локомоції. Це підтверджено тим, що медіанний показник субшкали болю «Функціонального індексу ходьби» в основній групі знизився до 17,0 балів, тоді як у контрольній групі він склав 26,0 балів. При цьому пацієнти основної групи відчували значно менше труднощів у побуті, ніж представники контрольної групи. Підсумковий показник стану стопи в основній групі склав 32,9 %, що у 1,5 рази краще, ніж у КГ (51,2 %; $p < 0,001$). В той же час показник FFI не мав статистично значущих кореляцій із результатами 10-метрового тесту

ходьби, тесту «Встань та йди» та тесту чотириквдратного кроку в жодній із груп ($p > 0,05$), тобто висока швидкість пересування не означала кращого суб'єктивного стану стопи. Водночас встановлено, що в контрольній групі функціональний стан стопи був пов'язаний переважно з локальними механічними чинниками – на 2-му етапі зі згинанням стопи, а на 3-му етапі – з розгинанням гомілки, тоді як в основній групі структура зв'язків була складнішою і відображала більш глобальні біомеханічні патерни. Отже, у роботі доведено, що для повноцінної характеристики результатів реабілітації необхідно поєднувати об'єктивні показники функціонального стану ОРА із незалежною оцінкою якості життя та функціонального комфорту стопи, оскільки саме таке поєднання дозволяє виявити як рівень мобільності, так і реальну суб'єктивну ціну пересування для пацієнта.

Відсутність статистично значущих відмінностей між основною групою та контрольною групою за рівнем побутової активності вказує на можливу дисоціацію між обсягом виконуваної діяльності та її суб'єктивною вартістю для пацієнта при оцінці болю і зусиль. Сукупність отриманих даних підтверджує, що впровадження розробленого алгоритму застосування заходів фізичної терапії, що реалізується в межах індивідуальної реабілітаційної програми, є клінічно, функціонально та пацієнт-центровано обґрунтованим підходом до відновлення осіб із периферичними нейропатіями, спричиненими пораненнями нижніх кінцівок.

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

Висновки, сформульовані в дисертації, добре обґрунтовані, узагальнюють результати роботи, відповідають меті і поставленим завданням дослідження, визначають її наукову новизну і практичну цінність.

Фактичний матеріал, який наведено в дисертації, та зроблені на його основі узагальнення й висновки мають вагоме значення для відновлення активності, мобільності і незалежності осіб з нейропатіями малогомілкового та великогомілкового нервів, спричиненими мінно-вибуховими пораненнями нижніх кінцівок, засобами фізичної терапії.

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 Чабанової Надії Валеріївни варто у порядку дискусії отримати відповіді на такі запитання:

1) Зазначте основні фізіологічні критерії для відновлення пацієнта та визначення методів фізичної терапії, які використовувались вами під час виконання дисертаційної роботи.

2) Чому на довготривалому етапі у фазі 3 вами було обрано функціональне тренування для адаптації до повсякденного життя?

3) Цікаво, чи були серед ваших пацієнтів особи з низькою мотивацією? І яким чином здійснювалась адаптація індивідуальної реабілітаційної програми в залежності від психологічних особливостей та мотиваційних чинників пацієнта?

4) Хотілось би почути, в яких випадках у фазі 3 використання надп'яtkово-гомілкових ортезів вважалось обґрунтованим?

5) У розділі 4 на рисунках 4.2 (с. 129), 4.3 (с. 130) та 4.21 (с. 155) допущено некоректне скорочення слів в позначеннях деяких показників.

Висновок. Дисертаційна робота Чабанової Надії Валеріївни на тему: «Фізична терапія осіб з периферичними нейропатіями, спричиненими мінно-вибуховими пораненнями нижніх кінцівок» є завершеним самостійним дослідженням, має наукову новизну, характеризується новим підходом і практичною цінністю, відповідає спеціальності 227 Фізична терапія, ерготерапія, 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, Чабанова Надія Валеріївна, 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