

## **Відгук**

офіційного опонента д. мед. н., проф., зав. відділу вікової фізіології та патології нервової системи ДУ «Інститут геронтології ім. Д. Ф. Чеботарьова НАМНУ» Бачинської Н.Ю. на дисертаційну роботу Гудар'ян Юлії Ігорівни «Клініко-нейропсихологічні і гемодинамічні зміни та їх вплив на якість життя у відновному періоді інфаркту мозку» на здобуття наукового ступеню кандидата медичних наук за спеціальністю нервові хвороби.

### **Актуальність дисертації, її зв'язок з державними та галузевими програмами.**

Актуальність дисертаційної роботи полягає в комплексному вивченні інфаркту мозку у відновному періоді, який являється важливою причиною фізичних, когнітивних, емоціональних розладів і як наслідок соціальних проблем та значного погіршення якості життя хворих та їх оточення. Велика кількість етіологічних факторів обумовлює актуальність вивчення різноманітних аспектів цієї патології. Важливою ланкою клінічної картини інфаркту мозку є нейрокогнітивні порушення. Паралельно розвиваються емоційні розлади (інертність, емоційна лабільність, втрата інтересів), різноманітні рухові порушення та ін.

На сучасному етапі, враховуючи стрімкий розвиток когнітивних досліджень в неврології, все більше уваги приділяється вивченню гемодинамічних, нейрофізіологічних, клінічних особливостей, а також етіологічних факторів ризику розвитку нейрокогнітивних змін при судинній патології головного мозку. Велика увага приділяється ранній діагностиці когнітивних порушень з метою застосування своєчасного лікування та адекватних профілактичних заходів щодо можливого прогресування когнітивного дефіциту.

Таким чином, актуальність даної роботи обумовлюється тим, що у хворих у відновному періоді інфаркту головного мозку проведено комплексне дослідження клініко-неврологічного, когнітивного, психоемоційного стану, з урахуванням нейровізуалізаційних,

гемодинамічних, лабораторних обстежень, а також окремих факторів ризику, визначено особливості взаємозв'язку між когнітивними, біохімічними та гемодинамічними показниками, а також розроблено індивідуалізований підхід до реабілітації та медикаментозного лікування хворих з ішемічним інсультом у відновному періоді.

За мету роботи поставлено підвищення ефективності реабілітації хворих з наслідками гемісферного інфаркту мозку, з акцентом на когнітивних та емоційних порушеннях, за рахунок визначення впливу таких факторів ризику, як артеріальна гіпертензія, дисліпідемія, активність системи згортання крові, гіперглікемії на результати реабілітаційних заходів щодо стану хворих та якість життя.

Для досягнення мети були окреслені задачі, серед яких ключовими були аналіз показників клініко-неврологічного, нейропсихологічного, нейровізуаліційного, гемодинамічного та лабораторного обстеження і оцінка ступеня розладів у хворих у відновному періоді інфаркту мозку; визначення особливостей та удосконалення діагностичних можливостей раннього прогнозування когнітивних порушень, і факторів, які впливають на нейропсихологічний стан хворих у відновному періоді інфаркту мозку; дослідження і аналіз змін церебральної гемодинаміки у відновному періоді інфаркту мозку; оцінка впливу індивідуалізованої реабілітації, включно з медикаментозним лікуванням, на показники артеріального тиску, в'язкості крові, ліпідного обміну й рівня глюкози крові, на стан церебральної гемодинаміки й когнітивні функції у хворих з наслідками гемісферного інфаркту мозку; оцінка якості життя у відновному періоді інфаркту мозку в залежності від особливостей емоційних розладів і рівня когнітивних порушень та з урахуванням ефективності корекції артеріального тиску, гемостазу, стану ліпідного й вуглеводного обміну.

Таким чином, актуальність обраного здобувачем напрямку наукових досліджень є беззаперечною, тема дисертаційної роботи є обґрунтованою та доцільною. Дисертаційна робота виконана в рамках сумісної науково-

дослідної роботи відділу неврології та пограничних станів Державної установи «Український державний науково-дослідний інститут медико-соціальних проблем інвалідності Міністерства охорони здоров'я України» та кафедри неврології Державного закладу «Дніпропетровська медична академія Міністерства охорони здоров'я України» за темами «Клініко-нейрофізіологічні особливості формування нейромедіаторних порушень в клініці нервових хвороб», № держреєстрації: 0114U000929, термін виконання: 01.2014–11.2018, та «Порушення нервової системи при пароксизмальних, нейроімунологічних та цереброваскулярних захворюваннях», № держреєстрації: 0119U104025, термін виконання: 01.2019–11.2022.

**Ступінь обґрунтованості та достовірності наукових положень, висновків та рекомендацій, сформульованих у дисертації.**

Усі наукові положення, висновки, практичні рекомендації, які наведені у дисертації Гудар'ян Юлії Ігорівни «Клініко-нейропсихологічні і гемодинамічні зміни та їх вплив на якість життя у відновному періоді інфаркту мозку» є обґрунтованими, підтверджені отриманими результатами.

В основу роботи було покладено результати обстеження та реабілітації 109 хворих з наслідками гострого порушення мозкового кровообігу за ішемічним типом, або інфаркту мозку (ІМ), віком від 45 до 65 років, середній вік пацієнтів склав 58,6 років  $\pm$  4,9 років, які перебували у відділенні неврології та пограничних станів ДУ «Український державний науково-дослідний інститут медико-соціальних проблем інвалідності МОЗ України». Контрольну групу склали 20 добровольців без ознак цереброваскулярної патології.

Для досягнення мети та вирішення поставлених завдань проводилось клініко-неврологічне обстеження з використанням шкали NIHSS (National Institute of Health Stroke Scholl; для оцінки повсякденної активності та життєдіяльності індекс Barthel; нейропсихологічне тестування (шкала дослідження психічного статусу MMSE, таблиці Шульте, оцінка стану

активності уваги і пам'яті за методикою А.Р. Лурія, опитувальник депресії Бека); оцінювання функціонального стану та якості життя у хворих з наслідками інфаркту мозку за допомогою опитувальника MOS SF 36; а також інструментальні методи дослідження (УЗДГ, нейровізуалізаційні методи (комп'ютерна томографія й магнітно-резонансна томографія); моніторинг артеріального тиску; лабораторні: визначення рівня глікемії, в'язкість крові (визначення кількості й агрегації тромбоцитів, активний час рекальцифікації плазми, протромбіновий час, активований частковий тромбoplastичний час, тромбіновий час), ліпідний спектр крові (вміст холестерину, тригліцеридів, ХС ліпопротеїдів низької щільності, ХС ліпопротеїдів високої щільності, ХС ліпопротеїдів дуже низької щільності, коефіцієнт атерогенності); статистичні методи обробки отриманих даних.

Поданий у дисертаційній роботі фактичний матеріал у вигляді 22 таблиць та 3 рисунків-діаграм з конкретними значеннями отриманих величин дозволяє критично оцінити обґрунтованість і достовірність результатів.

Автором сформульовано 8 висновків, які є вірогідними, достатньо обґрунтованими, об'єктивно висвітлюють увесь обсяг дослідження, повністю відповідають поставленій меті та завданням дослідження, логічно випливають із фактичного матеріалу, збігаються за змістом наукової роботи та мають практичне значення.

Дисертація викладена на 235 сторінках друкованого тексту, складається з анотації, вступу, огляду літератури, опису матеріалів і методів дослідження, чотирьох розділів власних досліджень, аналізу та узагальнення отриманих результатів, висновків, практичних рекомендацій, списку використаних джерел, якій містить 341 найменування (із них 187 - кирилицею та 154 - латиницею), 9 додатків.

Таким чином, основні положення, висновки та рекомендації дисертаційної роботи є логічними і обґрунтованими, про що свідчать достатня кількість обстежених хворих, доцільне використання сучасних і високоінформативних клініко-неврологічних, нейропсихологічних,

інструментальних методів дослідження, якісна статистична обробка отриманих даних та високий науково-методичний рівень проведеного дослідження. Все вище зазначене дозволяє вважати наукові положення даної дисертації достовірними та обґрунтованими.

**Ступінь новизни наукових положень, висновків та рекомендацій, сформульованих у дисертації.**

Наукова новизна роботи полягає в удосконаленні виявлення нейропсихологічних розладів у хворих з інфарктом мозку у відновному періоді; виділенні важливих факторів ризику (показників артеріального тиску, системи згортання та фібринолітичної системи, загального холестерину та його фракцій, і глікемічного профілю крові) й установленні їх взаємозв'язку з неврологічними, нейропсихологічними, церебральними гемодинамічними порушеннями, тяжкістю стану і результатами реабілітації; визначенні та аналізі показників функціонування та обмеження життєдіяльності у відновному періоді інфаркту мозку. Підтверджено, що у хворих з наслідками гемісферного ішемічного інсульту коморбідна патологія обтяжує цереброваскулярну недостатність. Доповнено наукові данні, що в якості прогностичних критеріїв формування когнітивних розладів у хворих на ішемічний інсульт у відновному періоді значну роль відіграють показники артеріального тиску, гемостазу й ліпідного обміну. Показано високі рівні кореляції між розладами церебральної гемодинаміки і артеріальним тиском, порушеннями в системі гемостазу, ліпідному і вуглеводному обміні.

Визначено залежність позитивної динаміки когнітивного стану від ефективності корекції змінених показників артеріального тиску, системи згортання та фібринолітичної системи, загального холестерину та його фракцій, і глікемічного профілю крові. Показано важливість урахування параметрів якості життя при оцінці результатів лікування у хворих з когнітивними розладами, у відновному періоді інфаркту мозку.

**Повнота викладення наукових положень дисертації в опублікованих працях.**

Матеріали дисертаційної роботи доповідались на 5 конференціях (в тому числі міжнародних) неврологів, нейрореабілітологів та фахівців загальної медицини.

За темою дисертаційної роботи опубліковано 14 наукових робіт, з них 4 статті у фахових виданнях рекомендованих МОН України, 5 у закордонних виданнях, 5 статей та тез у збірниках та матеріалах науково-практичних конференцій.

Опубліковані праці та автореферат дисертації повністю відображають одержані здобувачем результати та викладені в дисертації наукові положення.

**Важливість результатів дослідження для науки і практики, шляхи їх використання.**

Встановлено, що покращення неврологічного, когнітивного, емоційного статусу та якості життя хворих, що перенесли інфаркт мозку, прямо пов'язані з корекцією артеріального тиску, гемостазу, ліпідного й вуглеводного спектра крові.

Запропоновані прогностичні критерії дозволяють визначити групи хворих зі сприятливим та несприятливим проявом відновного процесу. Виділені прогностичні ознаки розвитку когнітивних порушень, що дозволяє підвищити точність діагностики й своєчасно обрати раціональну патогенетичну терапію.

Обґрунтовано доцільність оцінювання функціонального стану та якості життя у хворих з наслідками інфаркту мозку за допомогою опитувальника MOS SF 36.

### **Структура і зміст дисертації**

Дисертація складається з анотації, вступу, огляду літератури, опису матеріалів і методів дослідження, чотирьох розділів власних досліджень, аналізу та узагальнення отриманих результатів, висновків, практичних

рекомедацій, 9 додатків. Список використаних джерел, налічує 341, із них 187 - кирилицею та 154 – латиницею.

**В анотації** здобувач наводить підсумкову оцінку виконаної роботи, проводить аналіз та узагальнення отриманих результатів. Автор розставляє логічні акценти на найбільш вагомих аспектах проблеми, що вивчались у роботі, наводить принципові фрагменти аналізу власних досліджень, звертає увагу на значення отриманих важливих наукових результатів.

**Вступ** чітко та повно доводить актуальність обраної теми. Здобувач змістовно показала велику актуальність даної проблеми, логічно окреслила межу між вивченими та невисвітленими у спеціальній літературі аспектами проблеми із предмету дослідження та обґрунтувала мету дослідження, яка сформульована чітко і відповідає обсягу проведених досліджень. Методично вірно означені об'єкт та предмет дослідження, правильно вибрані методики – відповідно до визначеної мети. У вступі також викладено наукову новизну та практичне значення одержаних результатів, відомостей про апробацію та впровадження результатів дослідження. Особистий внесок здобувача визначений конкретно.

**Основна частина** дисертації розпочинається з огляду літератури за темою та визначення напрямів дослідження. **В огляді літератури** автор дослідила основні етапи розвитку наукової думки з обраної проблеми, проаналізувала останні роботи з предмету дослідження, співставила різні точки зору на певні наукові питання, узагальнила та висвітлила основні напрямки, які потребують подальшого вивчення.

В огляді літератури (**розділ 1**), присвяченому сучасному стану проблеми розповсюженості, етіології й патогенезу інфаркту мозку, автор представила сучасні дані щодо епідеміології, етіології, сучасним концепціям патогенезу інфаркту мозку. Особлива увага приділена когнітивним та депресивним розладам у хворих на інфаркт мозку, причинно-наслідковим зв'язкам нейрокогнітивних розладів та цереброваскулярних захворювань. Висвітлені загальні принципи лікування хворих на інфаркт мозку, а також реабілітації

хворих на інфаркт мозку з урахуванням критеріїв оцінки її ефективності. Зазначено, що пошук адекватної терапії когнітивних порушень залишається актуальною задачею. Наголошено, що якість життя є одним з найважливіших інструментів інтегрального стану здоров'я.

Здобувач чітко резюмувала ті сторони проблеми, які залишилися невирішеними і визначила місце свого дослідження у їх розв'язанні. Огляд літератури написаний грамотно, добре сприймається, підкреслює ерудицію та широку обізнаність автора з теми дисертації. Здобувач опрацювала велику кількість іноземних та вітчизняних джерел, що дозволило провести глибокий аналіз стану обраної наукової проблеми в світі.

У другому розділі «Об'єкти та методи дослідження» наведена загальна клінічна характеристика хворих (підрозділ 2.1), нейропсихологічні методи обстеження (2.2), інструментальні методи дослідження (підрозділ 2.3), лабораторні методи дослідження (2.4), методи лікування (підрозділ 2.5), методи статистичної обробки дослідження (підрозділ 2.6).

В основу роботи було покладено результати обстеження та реабілітації 109 хворих з наслідками гострого порушення мозкового кровообігу за ішемічним типом, або інфаркту мозку (ІМ), віком від 45 до 65 років, середній вік пацієнтів склав  $58,6$  років  $\pm 4,9$  років. Серед обстежених 67, 9% – чоловіки 32,1% – жінки, які перебували у відділенні неврології та пограничних станів ДУ «Український державний науково-дослідний інститут медико-соціальних проблем інвалідності МОЗ України». Контрольну групу склали 20 добровольців без ознак цереброваскулярної патології.

Всі пацієнти знаходились під наглядом невролога з першої доби захворювання за місцем первинної госпіталізації, терміни подальшого надходження у відділення неврології та пограничних станів ДУ «Український державний науково-дослідний інститут медико-соціальних проблем інвалідності МОЗ України» становили: до 2 місяців – 58,7%, від 2 до 3 місяців – 41,3% хворих. За даними аналізу факторів ризику у 31,4% виявлено артеріальну гіпертензію, у 32,1% – атеросклероз, у 16,5% – їх



поєднання.

Для дослідження відбирали пацієнтів з неврологічним дефіцитом, включно з когнітивними порушеннями, які призвели до формування обмежень активної участі в життєвих ситуаціях. Включались в дослідження тільки пацієнти без порушення свідомості, які зберегли здатність до спілкування і частково - функцію самообслуговування.

Програма обстеження хворих на інфаркт мозку включала такі методи: загально-клінічний, неврологічний; нейропсихологічний; параклінічні - УЗДГ, нейровізуалізаційні методи (комп'ютерна томографія й магнітно-резонансна томографія), моніторинг артеріального тиску; лабораторні.

Хворі обстежувались безпосередньо після включення в дослідження й через 1, 3, 6 місяців та через рік після ІМ.

Лабораторні методи включали клінічний аналіз крові, сечі, дослідження тромбоцитарної й коагуляційної системи гемостазу, ліпідного обміну, концентрації глюкози крові, глікозильованого гемоглобіну та визначення в'язкості крові спеціалізованим віскозиметром (ВК-4). Визначали кількість й агрегацію тромбоцитів, активний час рекальцифікації плазми, протромбіновий час, активований частковий тромбoplastичний час, тромбіновий час.

Для кожного пацієнта була розроблена індивідуальна реабілітаційна програма із залученням мультидисциплінарної команди (лікарі фізичної реабілітаційної медицини, фізіотерапевти, ерготерапевти, психологи, логопеди). Для вивчення ефективності індивідуалізованої реабілітації із застосуванням медикаментозної терапії, всі хворі була поділені на дві групи в залежності від тяжкості неврологічної симптоматики та кількості наявних факторів ризику у вигляді артеріальної гіпертензії, високої в'язкості крові, гіперглікемії, підвищеної атерогенності крові. I група – легкі неврологічні зміни та наявність 1-2 несприятливих факторів, II група – більш виражені неврологічні зміни та наявність 3-4 несприятливих факторів.

Перша і друга групи – 40 (36,6%) і 69 (63,3%) хворих отримували курс терапії з індивідуальним спрямуванням в залежності від ФР та стану: антиагрегантні засоби (аспірин – по 50 мг на добу чи кардіомагніл – по 75 мг/добу, або курантіл – по 25 мг на добу); гіпотензивні препарати (діуретики в комбінації з блокаторами кальцієвих каналів (амлодипін – по 5-10 мг раз на добу) і препаратами, які пригнічують активність ангіотензинперетворюючого ферменту (еналаприл – по 5-10 мг на добу)).

Медикаментозна терапія 63 (57,8%) хворих II групи передбачала додаткове призначення плавіксу (по 75 мг на добу перорально протягом 20 днів) з подальшим призначенням симвастину (замість антиагрегатних засобів – по 10мг щоденно), заміну антигіпертензивної терапії – лацидипініном (по 4 мг на добу). Для нормалізації вуглеводного обміну (за показаннями – при гіперглікемії – від 5,5 до 8,9 ммоль/л) призначався препарат бігуанідового ряду метформін – 500 мг - 3 рази на добу (за показаннями).

Хворі перебували на довготривалому спостереженні і обстежувались безпосередньо після включення в дослідження, а також через 1, 3, 6 місяців та через рік після ІМ.

Для статистичного аналізу результатів дослідження використано пакет прикладних програм Statistica for Windows. Були використані як параметричні, так і непараметричні методи. Розрахунок середніх значень показників за допомогою t-критерію Стьюдента, критерій Пірсона з поправкою Бонферроні. Для виявлення узгодженості змін ознак був застосований кореляційний критерій Спірмена. Достовірність відмінностей для якісних показників вираховували з використанням кутового перетворювача Фішера й критерію Вільсона. Міжгрупові порівняння проводились за допомогою критерію Вілкоксона й Манна-Уїтні.

**Третій розділ** дисертації присвячений результатам клініко-неврологічного обстеження і лабораторних досліджень у хворих з інфарктом мозку у відновному періоді. Представлені дані клініко-неврологічного обстеження (підрозділ 3.1), лабораторних досліджень хворих у відновному

періоді інфаркту мозку (підрозділ 3.2), а також результати клінічного й неврологічного дослідження хворих з різними вихідними станами артеріального тиску, гемостазу, ліпідного спектра й рівня глюкози крові (підрозділ 3.3).

Отримані лабораторні дані дозволили сформувавши для подальших клінічних і нейропсихологічних досліджень дві групи хворих. В першу були включені 40 осіб, у яких лабораторні показники визначались у діапазоні верхніх меж норми або несуттєво їх перевищували. У другу (69 осіб) відбирали пацієнтів з супутніми порушеннями в системі гомеостазу й підвищенням показників рівнів холестерину. Додатково у всіх пацієнтів цієї групи було виявлено перевищення нормативних значень в'язкості крові.

Порівняльний аналіз показників MMSE показав, що помірні порушення когнітивних функцій в основному реєструвались у хворих без суттєвих відхилень лабораторних показників, а більш виражені розлади значно частіше діагностувались в осіб, які мають виражені порушення рівнів артеріального тиску, гемостазу, дисліпідемії й гіперглікемії. Крім того, у хворих I і II груп отримано різні суми балів за шкалою NIHSS, яка об'єктивно відображає клініко-неврологічний стан і вираження неврологічного дефіциту.

Ступінь вираженості депресії у обстежених хворих була легкою й помірною. Серед соціальних факторів, з якими була пов'язана поява депресії після інфаркту мозку, виділялись – самотність проживання, втрата працездатності, втрата контактів, втрата впевненості в своїх силах і незалежності.

Отримані клінічні й лабораторні дані свідчать, що більш виражені когнітивні розлади у хворих, які перенесли інфаркт мозку, у відновному періоді асоціюються з більш значними порушеннями показників артеріального тиску, в'язкості крові, ліпідограми й вуглеводного спектра крові, ніж у хворих з легкими/помірними порушеннями когнітивних функцій. Виявилось, що частота несприятливих факторів, що негативно впливають на

перебіг захворювання, у хворих з різною тяжкістю нейропсихологічних розладів, неоднакова: помірний ступінь тяжкості частіше поєднується з 1-2 несприятливими факторами, більш виражений ступінь – з 3-4.

**Четвертий розділ** присвячений дослідженням церебральної гемодинаміки у хворих у відновному періоді інфаркту мозку.

Методом УЗДГ проведено дослідження гемодинаміки – оцінено швидкість кровотоку у загальній сонній артерії (ЗСА) і внутрішній сонній артерії (ВСА) й асиметрію кровообігу.

Хворі були розділені на 2 групи. Першу склали 40 (36,7%) пацієнтів, які мали помірний рівень когнітивних розладів та не більше двох несприятливих факторів (порушення в системі згортання, протизгортання, а також фібринолітичній системі, ліпідному спектрі крові, холестеринового обміну) та мали анамнез нестійкого підвищення артеріального тиску ( $144,6 \pm 5,8$  мм.рт.ст. систолічний та  $86,2 \pm 4,5$  діастолічний). У другу групу – 69 пацієнтів (63,3%) увійшли хворі з більш вираженими нейропсихологічними відхиленнями (MMSE від 24 до 20 балів) та артеріальним тиском більше 150 / 90 мм.рт.ст. (середні значення  $170,5 \pm 9,7$  та  $99,2 \pm 5,5$  мм.рт.ст., відповідно), високим рівнем показників в'язкості крові, холестерин-вміщуючих ліпопротеїдів низької щільності й глюкози крові.

У хворих I й II груп, у відновному періоді ІМ встановлено зниження максимальної систолічної лінійної швидкості кровообігу, найбільше виражене в ураженій півкулі. Різниця швидкостей кровообігу між I-ю і II-ю групами мала суттєвий ступінь достовірності, як і значення індексу резистентності.

У хворих I групи в процесі протокольної терапії відзначено, що під впливом лікування відбулось суттєве покращення: лінійна швидкість кровообігу збільшилась як на боці ураження, так і на здоровому. У хворих другої групи під впливом терапії покращення церебральної гемодинаміки відмічалось до 21-й доби.

Встановлено, що церебральна гемодинаміка у хворих на інфаркт мозку у відновному періоді, під впливом реабілітаційних заходів, за умови повноцінної корекції факторів ризику (артеріального тиску, зміненого гомеостазу, порушень ліпідного й вуглеводного обміну) була суттєво коригована, що супроводжувалось покращенням неврологічного і когнітивного статусу.

**П'ятий розділ** присвячений динаміці нейропсихологічного стану у хворих з наслідками інфаркту мозку у відновному періоді під впливом індивідуалізованої медикаментозної терапії.

В підрозділі 5.1 представлена клініко-нейропсихологічна оцінка ефективності індивідуалізованої медичної реабілітації у відновному періоді у хворих що перенесли інфаркт мозку. В підрозділі 5.2 вивчається вплив медичної реабілітації на фактори, які визначають розвиток і перебіг когнітивних і емоційних розладів у хворих з наслідками інфаркту мозку.

Помітне покращення стану відзначалось у всіх пацієнтів, одним із основних компонентів суб'єктивного покращення було часткове відновлення активності, життєдіяльності, пам'яті на фоні зменшення рівня і частоти цефалгій, запаморочень. Результати нейропсихологічного дослідження, проведеного через 3 місяці від початку реабілітації, у хворих обох груп підтвердили покращення когнітивних функцій.

Виявлено закономірність, що відновний процес у хворих з наслідками ІМ мав чітку залежність від вихідної кількості несприятливих факторів, які потенціюють і підтримують вираження неврологічного дефіциту. Їх відсутність чи наявність не більше 2 визначала більш швидкий регрес неврологічних порушень або повне відновлення порушення функцій як у хворих I групи, так і в представників II групи.

При нормалізації показників гемостазу й ліпідного спектра у відновному періоді відзначався більш швидкий регрес нейропсихологічних, емоційних порушень (за даними MMSE, тесту А.Р. Лурія, шкали Бека), неврологічних

розладів (NIHSS), а також збільшення ступеню самообслуговування пацієнтів.

Покращення показників коагулограм й агрегатограм у хворих з ішемічним інсультом, у відновному періоді надзвичайно важливе, оскільки їх нормалізація сприяє стабілізації гемодинаміки й мікроциркуляції в судинах малого діаметра і тим самим позитивно впливає на регрес когнітивних розладів. Отримані результати обґрунтовують використання показників в'язкості крові як одного з критеріїв, що визначають прогноз сприятливого й несприятливого перебігу процесу регреса когнітивних порушень у відновному періоді у хворих з наслідками гемісферного інфаркту мозку.

При моніторингу артеріального тиску на фоні застосування реабілітаційних комплексів у хворих обох груп виявлено зниження рівня САТ і ДАТ. Нормалізація і стабілізація артеріального тиску у хворих з наслідками інфаркту мозку у відновному періоді сприяла процесу регресу порушень нейропсихологічних функцій. При цьому регрес неврологічних та когнітивних розладів відбувався найбільш динамічно в відновному періоді в осіб II групи.

Встановлено можливість збільшення ефективності комплексної медичної реабілітації хворих з ішемічними інсультом за рахунок індивідуального підходу (за показаннями) у виборі корекції порушень гемостазу, ліпідного й вуглеводного обміну, а також артеріального тиску.

**Шостий розділ** – динаміка показників якості життя хворих з наслідками інфаркту мозку в залежності від застосованого медикаментозного лікування.

Отримані результати свідчать про суттєве зниження показників якості життя після перенесеного інфаркту мозку. Автор робить висновок, що якість життя у даного контингенту хворих значно погіршується за рахунок зниження фізичного функціонування, рольового емоційного функціонування, загального здоров'я, наявності соматичного болю. У цих умовах відбувається зниження суспільної соціальної активності, погіршується психологічний стан та емоційне здоров'я пацієнта.

В результаті проведеної індивідуалізованої медикаментозної терапії та реабілітації встановлено покращення показників за шкалою MOS SF-36 в обох групах. Автор наголошує, що показники стану емоційної сфери доцільно враховувати при обранні індивідуального відновного лікування у хворих, які перенесли церебральний інфаркт мозку, оскільки від цього значною мірою залежить як покращення якості життя, так і успішність лікування в цілому.

У **прикінцевому розділі**, присвяченому аналізу та узагальненню отриманих результатів, здобувач наводить підсумкову оцінку виконаної роботи. Автор розставляє логічні акценти на найбільш вагомих аспектах проблеми, що вивчались у роботі, наводить принципові фрагменти аналізу власних досліджень, звертає увагу на значення отриманих важливих наукових результатів. Ця заключна частина засвідчує високий практичний та теоретичний рівень дисертації, демонструє професійну зрілість та наукову кваліфікацію.

Висновки у кількості 8 є обґрунтованими, цілком впливають із змісту роботи, поставленої мети та завдань дослідження.

Здобувачем наведені практичні рекомендації щодо використання результатів дослідження в практичній діяльності.

#### **Загальний висновок.**

За своїм планом робота відповідає встановленим вимогам ДАК МОН України до кандидатських дисертацій. Оформлення дисертації та автореферату відповідає сучасним вимогам. Дослідження проведене на високому методичному рівні з використанням адекватних та сучасних високоінформативних діагностичних і статистичних методик, що відповідають меті роботи. На етапі планування роботи дисертант врахувала основні правила біоетики, що підтверджено висновком комітету з біоетики.

Отже, поставлені здобувачем мета і завдання дисертаційної роботи вирішені повністю.

Зміст автореферату відображає основні положення дисертаційної роботи.

Принципових зауважень до оформлення та змісту дисертаційної роботи та автореферату немає.

В той же час присутні окремі неточності, технічні помилки, повторення, невдалий переклад.

В порядку дискусії хочу запропонувати дисертанту наступні запитання.

- Який взаємозв'язок між показниками якості життя та ступенем когнітивних порушень у обстежених Вами хворих?
- Чи приймали Ви до уваги можливість впливу депресивних змін на формування когнітивних порушень у обстежених Вами хворих і які можуть бути рекомендації в таких випадках?
- Які, на Вашу думку, підходи до корекції помірних когнітивних порушень та початкових стадій деменції є найбільш адекватними та патогенетично обґрунтованими у відновний період ішемічного інсульту?

### **Висновок.**

Дисертаційна робота Гудар'ян Юлії Ігорівни «Клініко-нейропсихологічні і гемодинамічні зміни та їх вплив на якість життя у відновному періоді інфаркту мозку» є закінченим самостійним науковим дослідженням, що вирішує важливу науково-практичну проблему підвищення ефективності ранньої діагностики та лікування нейрокогнітивних розладів у хворих з ішемічним інсультом у відновному періоді, а також виявлення впливу окремих чинників ризику на характер та ступінь вираженості когнітивних порушень.



Актуальність теми дисертації, наукова новизна, високий методичний рівень, обсяг проведених досліджень, достовірність отриманих результатів, обґрунтованість наукових положень, висновків, рекомендацій, їх теоретичне та практичне значення дозволяють стверджувати, що дисертаційна робота Гудар'ян Юлії Ігорівни «Клініко-нейропсихологічні і гемодинамічні зміни та їх вплив на якість життя у відновному періоді інфаркту мозку» повністю відповідає вимогам п. 11 «Порядку присудження наукових ступенів і присвоєння вченого звання старшого наукового співробітника», затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 24.07.2013 № 567, стосовно дисертацій на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук, а дисертант заслуговує присвоєння звання кандидата медичних наук зі спеціальності 14.01.15 – нервові хвороби.

Зав. відділу вікової фізіології та патології нервової системи ДУ  
"Інститут геронтології  
імені Д.Ф. Чеботарьова НАМНУ"  
доктор мед. наук, професор

Н.Ю.Бачинська



*В.М. Архивко*