

ВІДГУК

офіційного опонента, професора кафедри терапії та реабілітації Міжрегіональної Академії управління персоналом, доктора медичних наук, професора ТРІНУСА КОНСТЯНТИНА ФЕДОРОВИЧА на дисертаційну роботу РОМАНЮКА НАЗАРІЯ ВАСИЛЬОВИЧА на тему «Диференційна діагностика та лікування гострого вестибулярного синдрому», подану у спеціалізовану вчену раду ДФ 20.601.129, що утворена згідно з наказом ректора Івано-Франківського національного медичного університету від 27.05.2026 р. № 652-д для розгляду та проведення разового захисту дисертації на здобуття ступеня доктора філософії в галузі знань 22 - «Охорона здоров'я» за спеціальністю 222 – «Медицина».

Дисертаційна робота присвячена актуальній проблемі неврології та неврофізіології, пов'язана з дослідженням особливостей перебіга порушень, які виникають при гострому присінковому синдромі. Гострий присінковий синдром (ГПС) становить ~10–20% випадків гострого запаморочення, що щорічно призводить до сотень тисяч звернень до відділень невідкладної допомоги. Його загалом поділяють на периферичні причини (~40-60%) – найчастіше присінковий неврит і центральні причини (15–25%), які переважно включають ішемічні інсульти кровообіга задньої частини мозка.

Додатково, слід визначити, що протягом останнього сторіччя спостерігають зростання кількості вибухових уражень (синдрома вибухового пошкодження, T70.8, згідно МКХ-10). Вибухи викликали значну кількість легких травматичних ушкоджень мозку (лТУЗ, mild traumatic brain injuries mTBI). Встановили, що приблизно 300,000, близько 20%, із 1.6 мільйонна військовослужбовців США, що перебували в Іраку й Афганістані, отримали лТУЗ. Особливістю сучасної війни в Україні є безпрецедентні по інтенсивності обстріли не лише військових, але також і цивільних об'єктів. Росіяни на день роблять щонайменше 10 тис. пострілів. Тому слід чекати збільшення частоти присінкових порушень в Україні. При цьому, клінічна подібність периферичних і центральних присінкових уражень, а також ризик пропуску ішемічного інсульта в потиличному басейні кровообіга можуть призводити до діагностичних помилок. Дуже мало праць присвячено

диференційній діагностиці різних типів ГПС. З цього погляду дисертація Н.В. Романюка виявляється актуальною, доречною та на часі.

Дисертаційна робота є самостійною науково-дослідною роботою, що природно витікає з НДР, які виконували на кафедрі неврології та неврохірургії Івано-Франківського національного медичного університету: «Клініко-патогенетичні паралелі діагностики, лікування та профілактики судинних та нейродегенеративних захворювань нервової системи» (номер державної реєстрації 0121U109419, в якій дисертант брав участь як виконавець.

Робота має достатній для кандидатської дисертації обсяг, складена зі вступу, огляду літератури, опису матеріалів і методів, чотирьох розділів власних досліджень, розділа з аналізом та обговоренням одержаних результатів дослідження, висновків, практичних рекомендацій, списку використаних джерел. Дисертаційна робота викладена на 186 сторінках друкованого тексту (з них – 146 сторінок основного тексту). Дисертацію ілюстровано 32 таблицями, 25 рисунками. Список літератури містить 215 джерел (із них 18 – кирилицею, 197 – латиницею).

Огляд літератури викладений на 23 сторінках має 6 підрозділів, які висвітлюють сучасний стан речей в організації медичної допомоги хворим із ГПС, питання диференційної діагностики периферичного присінкового ураження від центрального зокрема інсульта в зоні задньої черепної ямки, профілактики та лікування хворих із такою патологією.

Скарги на запаморочення зустрічають у більше, ніж 20% населення Земної кулі. Воно виявилось третьою причиною звернень до лікаря в США. Була просканована на запаморочення національно репрезентативна вибірка з 4869 дорослих, які проживають у Німеччині. З них 1003 осіб із запамороченням пройшла стандартні невроотологічні опитування з метою диференціації запаморочення від головокружіння у відповідності до точних діагностичних критеріїв. Запаморочення/головокружіння має розповсюдженість 22.9% за останні 12 місяців та охоплює 3.1% (перший випадок

запаморочення/головокружіння). Для головокружіння розповсюдженість становить 4.9% та охоплення 1.4%. Скарги на гостре запаморочення є одними з найчастіших у приймальних відділеннях. Клінічні настанови з невідкладної медицини (GRACE-3) зазначають, що гостре запаморочення становить приблизно 2,1-3,6% усіх звернень до відділень невідкладної (екстреної) допомоги.

Хочу відмітити, що дисертант не розділяє поняття Запаморочення та Головокружіння, хоча в Англomовному тексті МКХ-10 присутні H81 Vertigo та R42 Dizziness, які росіяни, не маючи відповідника до терміна Запаморочення двічі переклали як Головокруженіє, додаючи для уточнення такі терміни як системне, обертальне, вертіго. МОЗУ перекладав двічі Запаморочення, ігноруючи Український термін Головокружіння, присутній у тлумачному СУМ. Особливу увагу звертаю на те, що лікують вказані нозології препаратами протилежної дії.

Автор надав літературні дані, що «центральна» патологія може проявлятися ізольованим ГПС: описано, що ізольований присінковий синдром зустрічають приблизно у чверті хворих із інсультом задньої черепної ямки, що зумовило дизайн дослідження: набір методів, процедуру дослідження, статистику та інтерпретацію результатів.

Наступний розділ відображає матеріали та методи дослідження, надані сучасні методи, необхідні для досягнення поставленої мети. Для досягнення визначеної мети та реалізації встановлених завдань дослідження було відібрано 110 пацієнтів із ГПС. Автор обрав відеоністагмографію та відеоімпульсний тест голови та вказує, що «ефективність протоколу HINTS значною мірою залежить від досвіду клініциста, правильного відбора хворих із ознаками ГПС та коректної інтерпретації окорухової дисфункції». Маю низку зауважень до цього речення. Перше, я є противником імпульсного теста з наступної причини. Імен не називаю з етичних причин. У 80-ті роки минулого сторіччя лікар-невролог зробив маніпуляцію, подібну до

імпульсного теста голови, внаслідок якої в хворого виник тетрапарез, а через кілька днів хворий помер. Коли в 2016 році в Будапешті обговорювали Міжнародний клінічний протокол з присінкових порушень мені запропонували включити імпульсний тест (HINTS), я розповів вказаний випадок і запитав, чи пропонуючі візьмуть на себе відповідальність за можливі подібні наслідки. Ніхто не погодився. В Україні багато ветеранів зі скомпроментованим шийним відділом хребта внаслідок носіння касок. Друге, якщо «ефективність протоколу HINTS значною мірою залежить від досвіду клініциста, правильного відбору пацієнтів із фенотипом ГВС та коректної інтерпретації окорухової дисфункції» - це наводить сумніви на доказову цінність метода. Третє, **«фенотип** — це сукупність усіх зовнішніх і внутрішніх ознак, властивостей та характеристик організма, що сформовані в процесі його індивідуального розвитку», краще використати термін паттерн. Нарешті, чомусь серед науковців прийнято ігнорувати Постанову КМУ №55 від 27.01.2010 р. «Про впорядкування транслітерації українського алфавіту латиницею», де присутня, а не проскрибована літера **г**, літера **у** транслітерована літерою **и**. Тобто, не з російської «ністагм», а Європейське «нистагм», також гіпертонія, замівають гіпертонії. Також згідно до Міжнародної анатомічної термінології під редакцією В. Черкасова vestibulum перекладено як присінок. На жаль, названі зауваження стосовані не лише дисертанта, а всього науково-медичного середовища.

Клініко-неврологічне обстеження включало оцінку скарг, анамнеза хвороби, об'єктивне дослідження, зокрема обстеження неврологічного статусу: аналіз рівня свідомості, перевірка функції черепних нервів, рухової та чутливої сфер, координації, статичної та ходи; виявлення фокальної неврологічної симптоматики.

Отоневрологічне обстеження проводили за стандартизованою схемою з оцінкою окорухової функції, зокрема плавного стеження та сакадних рухів; ІТГ для оцінки ВОР, нистагма в різних напрямках погляда та вертикального

відхилення очей у структурі протокола HINTS; пригнічення BOP, penlight-cover-тест, проби Бабінського на асинергію та теста гіпервентиляційно-викликаного нистагма.

В цілому, вибрані автором методики добре обґрунтовані з погляду поставленої мети та задач і відповідають сучасному рівневі розвитку науки. До них належали: батарея HINTS, проба Бабінського на асинергію, penlight-cover-тест, MPT головного мозку, відеонистагмографія, шкали DHI, ABC, ABCD та тест FGA.

Використання описової, порівняльної, статистики, а також параметричних та непараметричних методів були достатніми для оцінки матеріалів із погляду доказової медицини. Зокрема розраховували: чутливість та специфічність, позитивну та негативну прогностичну цінність (PPV, NPV), відношення правдоподібності позитивного (LR^+) та негативного (LR^-) результатів, які відображають зміну післятестової ймовірності центрального ГПС залежно від результату діагностичного алгоритма, площу під ROC-кривою (area under the curve – AUC), внесок додаткових діагностичних проб у підвищення діагностичної точності алгоритмів шляхом порівняння прироста відповідних показників.

Дослідження виконано як одноцентрове проспективне клініко-інструментальне дослідження діагностичної точності серед хворих із підозрою на ГПС. Після встановлення периферичного генеза ГПС хворих ($n=80$) розподілено на дві групи:

I група (контрольна) – 40 хворих, яким проводили стандартизовану присінкову регабілітацію;

II група (основна) – 40 хворих, яким до стандартизованої присінкової регабілітації призначали преднізолон у дозі 60 мг/добу протягом 5 днів із подальшим поступовим зниженням дози на 10 мг щодня до повної відміни (загальна тривалість терапії – 10 днів). Зауважу, що в більшості неврологічних

відділень гострі асептичні запалення лікують НПЗП, які блокують простагландиновий ланцюг арахідонової кислоти, при цьому ігноруючи ейкосаноїдний ланцюжок, який блокують саме кортикостероїди. Тому даний досвід Н.В. Романюка заслуговує на особливу увагу.

Наступний третій розділ присвячений клініко-невроотологічній характеристиці хворих із гострим присінковим синдромом (отоневрологія концентрує увагу на симптомах периферичних рецепторів, невротологія – на патології центральних структур). До дослідження було відібрано 110 хворих із ГПС, серед яких 68 жінок і 42 чоловіки. Середній вік досліджуваних становив 47 років. Невроотологічне обстеження включало оцінку за протоколом HINTS, виконання проби Бабінського на асинергію та penlight-cover-теста, також подальшу інструментальну верифікацію за допомогою МРТ головного мозка. Загальна структура отриманих результатів відображала гетерогенність досліджуваної когорти, однак із переважанням ГПС периферичного походження. Аналіз теста імпульсного поворота голови засвідчив, що патологічний результат переважав у загальній когорті та був зафіксований у 83 (75,5%) хворих, тоді як нормальний h-НІТ спостерігали в 27 (24,5%) осіб. Оцінка нистагма виявила домінування периферичного патерна в загальній когорті – горизонтальний односпрямований нистагм спостерігали в 95 (86,4%) хворих. Специфічні центральні патерни сумарно зустрічали значно рідше. Вертикальне відведення очних яблук (test of skew) в загальній вибірці спостерігали відносно рідко – в 5 (4,5%) хворих, що вказувало на ураження ЦНС, у 105 (95,5%) осіб тест був нормальним, що свідчило про периферичний патерн ГПС. Результати за h-НІТ у групі периферичного генеза були майже однорідними: патологічні параметри проби виявлені в 78 з 80 хворих (97,5%), а нормальні – в 2 випадках (2,5%). Натомість у підгрупі центрального генеза нормальний h-НІТ спостерігали в 25 з 30 хворих (83,3%), однак у 5 хворих (16,7%) тест був хибнопозитивним на периферичне ураження (лабіринта), що дисертант вважає за вказівку на наявність атипових центральних форм ГПС, які можуть імітувати периферичну вестибулопатію. Автору слід бути

обережним із інтерпретацією атипових центральних форм ГПС, оскільки ми не можемо бути певними в значній чутливості метода для даної категорії хворих. У хворих із центральним ГПС поземний односпрямований нистагм виявили в 4 (13,3%) осіб. Саме в цій групі концентрували всі складні форми нистагма: різноспрямований (викликаний позором) виявили в 16 (53,33%) хворих, відвісний – у 9 (30,00%) осіб, ротаторний – у одного (3,33%) хворого. В підгрупі периферичного ГПС картина була майже однорідною – 79 (98,75%) осіб мали класичний односпрямований поземний нистагм, а лише в одного (1,25%) хворого виявили відвісний нистагм.

У підгрупі центрального генеза патологічний тест вертикального відхилення виявили в 4 із 30 (13,3%) хворих, тоді як у підгрупі периферичного генеза – лише в однієї з 80 (1,25%) осіб. Н.В. Романюк вважає, що це свідчить про високу специфічність даного симптому щодо центрального ураження.

Проба Бабінського на асинергію в загальній когорті була позитивною (ознака патології) в 25 (22,7%) хворих і негативною в 85 (77,3%) осіб. У підгрупі центрального генеза позитивний результат спостерігали в 20 з 30 (66,7%) хворих, тоді як у групі периферичного генеза – лише в 5 з 80 (6,3%) випадків. Відповідно, відсутність асинергії вважають типовою для периферичного ГПС, тоді як позитивну пробу значно частіше супроводжувало центральне ураження.

Використання penlight-cover-теста (проби освітлення-затулювання) дозволило додатково диференціювати хворих за характером зміни нистагма. В загальній когорті негативний результат теста зафіксовано в 32 (29,1%) хворих, поява нистагма – в 16 (14,6%) осіб, а посилення вже наявного нистагма – в 62 (56,3%) хворих. Для центрального ГПС найбільш характерними були поява нистагма, який не виявляли при рутинному огляді, та негативний результат проби, тоді як для периферичного ГПС типовим було саме посилення вже наявного нистагма.

Результати невротологічного обстеження засвідчили, що в більшості хворих із периферичним генезом ГПС клінічний патерн був типовим, тоді як центральний ГПС характеризувала більша варіабельність. Саме ця клінічна неоднорідність центральних форм ГПС обґрунтовує необхідність використання невротологічних клінічних тестів.

При аналізі підгруп із МРТ-верифікованим діагнозом встановлено, що серед 30 хворих із підтвердженим центральним генезом ГПС батарея HINTS правильно ідентифікувала центральне ураження в 24 (80,0%) випадках, тоді як у 6 (20,0%) результати первинної оцінки були інтерпретовані як периферичний патерн. У підгрупі периферичного генеза HINTS продемонстрував що периферичний характер захворювання було правильно визначено в 79 з 80 (98,7%) хворих, тоді як хибнопозитивний результат щодо центрального генеза ГПС зареєстровано лише в одному (1,3%) випадку.

Особливо цікавим слід вважати попередній нозологічний аналіз центрального ГПС, який показав, що серед 24 хворих із типовим центральним клінічним патерном переважали випадки ішемічного інсульту – 23 спостереження, тоді як в одному випадку було верифіковано демієлінізуюче захворювання. Найбільший діагностичний інтерес становили 6 хворих, в яких за результатами первинної оцінки за протоколом HINTS було зроблено висновок про периферичний генез ГВС, тоді як подальше обстеження підтвердило центральний характер ураження. В цій підгрупі ішемічний інсульт діагностували в 4 хворих: у 2 випадках вогнище локалізували в стовбурі головного мозку, ще в 2 – у мозочку. Крім того, до цієї підгрупи увійшли 1 хворий із демієлінізуючим захворюванням і 1 хворий із пухлиною мозочка.

Автор вважає, що «така структура хибнонегативних результатів свідчить, що клінічні ознаки периферичного ГПС можуть супроводжувати не лише ішемічні, а й інші центральні ураження ЦНС». Із іншого боку не будемо відкидати тісний зв'язок між присінковою периферією та ЦНС.

Подальший статистичний аналіз показує, що дисертант не просто опанував методи дослідження присінка та вдало використав їх у своїй праці, але також зумів використати оптимальну для даної ситуації статистику та навів обґрунтовану інтерпретацію даних.

Узагальнюючи результати проведеного аналізу дисертант показав, що додавання проби Бабінського на асинергію та penlight-cover-теста до базового протокола HINTS дозволяє компенсувати частину його клінічних обмежень. Якщо HINTS залишається найбільш специфічним і найбільш узгодженим із МРТ інструментом первинної приліжкової діагностики у відділенні Н(Е)Д, то розширений алгоритм виявляється найбезпечнішим щодо недопущення пропуску центрального генеза ГПС.

Дані цього розділа стали підґрунтям до формулювання першого, другого, третього, четвертого та п'ятого висновків дисертаційної роботи.

Четвертий розділ присвячений питанню диференціації запального та судинного генеза одnobічної вестибулопатії. Автор встановив, що в частини обстежених ($n=23$, 28,8%) показник за шкалою ABCD² становив ≥ 4 , що могло асоціюватися з підвищеною ймовірністю цереброваскулярного механізму розвитку симптомів. У решті 57 (71,2%) хворих показник шкали становив 0-3 бали, що вказувало на низький ризик судинної етіології ГОВП. Це дуже важлива знахідка, вона відповідає епідеміологічним даним Європейських країн, з одного боку, а з іншого – дає нашим неврологам зручний інструмент для виключення судинної патології, роль якої часто перебільшують.

Другим етапом було вивчення нистагма викликаного гіпервентиляцією. Метою була функціональна оцінка реактивності присінка та уточнення патогенетичного механізму захворювання. За результатами тестування в 61 (76,3%) хворого встановили вірусно-запальні ураження, тоді як у 19 (23,7%) осіб результати відповідали судинному генезу ГОВП. Аналіз супутньої соматичної патології хворих із ГОВП показав, що серцево-судинні та метаболічні фактори ризика зустрічали в обох етіологічних підгрупах, однак

їх частота була вищою серед хворих із імовірним ішемічним генезом захворювання. Зокрема, у цій підгрупі частіше реєстрували артеріальну гіпертензію, дисліпідемію, ішемічну хворобу серця, порушення ритма серця, цукровий діабет 2 типу та ТІА/ішемічний інсульт в анамнезі. Результати даного розділа дозволили автору зробити шостий висновок.

П'ятий розділ дисертант присвятив лікуванню гострої однобічної вестибулопатії.

Для цього автор провів етіологічну стратифікацію хворих із використанням шкали ABCD² і проби нистагма, викликаного гіпервентиляцією. Він проаналізував динаміку об'єктивних і суб'єктивних показників відновлення: коефіцієнта підсилення вестибуло-окулярного рефлекса за даними відеоімпульсної проби, ступеня функціональної дезадаптації за шкалою Dizziness Handicap Inventory (оцінка шкоди від запаморочення), впевненості в підтриманні рівноваги за шкалою Activities-specific Balance Confidence (Впевненість у балансі, пов'язаному з певними видами діяльності) та функціональної ходи за шкалою Functional Gait Assessment (оцінка функції ходи). Завершальним етапом стало визначення часових характеристик функціонального відновлення із застосуванням метода Kaplan–Meier estimator. Такий підхід дозволив оцінити не тільки факт клінічного покращення, а й швидкість, повноту та залежність відновлення присінкового стану від етіологічного чинника в хворих із ГОВП. Це дозволило Н.В. Романюку оцінити стан вестибуло-кіркової та вестибуло-моторної проєкцій.

Аналіз динаміки спостереження виявив, що перші статистично значні відмінності в часі відновлення були помітні вже на 10 добу лікування. В основній групі спостерігали виразніший приріст підсилення ВОР, тоді як у контрольній групі відновлення було повільнішим. Найбільш вагому міжгрупову різницю зафіксували у віддалені терміни спостереження. Через один місяць показник основної групи суттєво переважав результати

контрольної групи. Наприкінці періода спостереження (2 місяці) медіана показника основної групи досягла границі фізіологічної норми ($p > 0,05$). У контрольній групі, попри позитивну динаміку, показник залишився нижчим від нормативного рівня. Надалі встановлено, що найвиразнішу позитивну відповідь на запропоновану терапію спостерігали в хворих із запальним генезом ураження. Подібну динаміку продемонстрували всі виконані в даному розділі суб'єктивні та об'єктивні методи обстеження. Результати розділа 5 свідчать, що комплексна терапія, що поєднує присінкову реабілітацію з преднізолоном, є найефективнішою в хворих із ГОВП запального генеза. При судинній етіології ГОВП провідне значення має присінкова реабілітація.

Шостий розділ присвячений аналізу й обговоренню результатів. Дані автора в цілому співпадають із даними міжнародних клінічних досліджень, зокрема проведених при вивченні неврологічного стану такого як гострий присінковий синдром, який є клінічно складним патерном, у межах якого периферичні присінкові ураження значно переважають, однак центральні причини, насамперед інсульт у потиличному басейні кровообігу, залишаються найбільш небезпечними з огляду на ризик діагностичної помилки.

За результатами оцінки периферичний генез встановили в 77,3% осіб, тоді як центральний – у 22,7% хворих. Така структура вибірки підтверджує літературні дані про переважання периферичних причин ГПС, але водночас демонструє клінічно значну частку центрального генеза, що обґрунтовує необхідність стандартизованої первинної стратифікації ризику в усіх хворих із гострим головокружінням або тривалим запамороченням. Це має принципове практичне значення, оскільки навіть невелика частка пропущених центральних уражень у структурі ГПС може призвести до затримки діагностики інсульту кровообігу в потиличній зоні, уражень стовбура головного мозку, мозочка. Використання розширеного алгоритма продемонструвало діагностичну корисність. Базовий HINTS зберігав найвищу специфічність і загальну точність, а розширений алгоритм забезпечував найвищу чутливість та найнижчу частку хибнонегативних висновків.

Автор показав, що ймовірний вірусно-запальний генез ГОВП було встановлено в 76,2% хворих, тоді як у 23,8% хворих запідозрили судинний механізм. Ці дані підтверджують, що модель “усі випадки ГОВП = присінковий неврит” є спрощеною, а етіологічна стратифікація має практичне значення для прогноза та вибору лікувальної тактики. При цьому, клініко-функціональна перевага преднізолону була найбільш обґрунтованою в хворих із імовірним запальним генезом ГОВП.

Наукова новизна роботи полягає в тому, що диференційну діагностику ГПС розглядали як багаторівневу клінічну стратегію. Запропоноване доповнення HINTS пробою Бабінського на асинергію та penlight-cover-тестом підвищує якість первинної оцінки характеру патології, а етіологічна стратифікація ГОВП дозволяє перейти від універсального підходу до більш персоналізованої лікувально-реабілітаційної тактики.

Автор зробив вісім висновків за результатами досліджень і навів практичні рекомендації. Такий підхід має наукову новизну, що підтверджено наявністю семи публікацій. За матеріалами дисертації опубліковано 7 наукових праць, зокрема 3 статті в наукових виданнях, включених до переліка наукових фахових видань України, та 4 тез доповідей на наукових конференціях.

Дизайн роботи складений відповідно до вимог ВООЗ, спрямований на інтереси кінцевого бенефіціара, тобто хворого. Поставлена мета та задачі чітко аргументовані. Методи відповідають поставленим задачам, матеріал підібрано згідно до дизайну. Основний зміст дисертації дає змогу обґрунтувати висновки. Висновки сформульовано чітко, конкретно відповідно до завдань дослідження. Робота написана на високому науковому, теоретичному та практичному рівнях, викладена сучасною українською мовою.

Автореферат відповідає змістові дисертаційної роботи.

При аналізі роботи виявлені деякі недоліки:

1. Праця засмічена словами іншомовного походження: предиктор замість передвісник, девіація замість відхилення, супресія ВОР замість пригнічення, індукований замість викликаний, пацієнт замість хворий, тинітус замість вушний шум.
2. Невдалим вважаю використання терміна опитувальник. По аналогії – шліфувальник, полірувальник – особа, що виконує дію, на відміну від опитника – листка папера з питаннями.
3. Щодо терміна значущий. Він відсутній у словниках Грінченка та Кримського, виник у 50-ті роки минулого сторіччя в наступному контексті (цитую за тлумачним СУМ): **ЗНАЧУЩИЙ**, а, е. 1. Який має неабияке значення; важливий, серйозний. Ніде й ніколи в історії жодна партія не стояла так високо, не давала таких значущих результатів, як наша Комуністична партія (Тич., III, 1957, 436) – вважаю недоречним використання комуністичної партійної термінології в Українській медичній науці.

Питання до дисертанта:

1. Для диференційної діагностики генеза ГОВП (запального/судинного) застосовували *шкалу ABCD²* та тест на нистагм викликаний гіпервентиляцією. Чому не біохемія крові (вірусологія, с-реактивний білок, очне дно, тиск крові) ?
2. Хворому пропонували виконувати форсоване глибоке дихання в темпі приблизно 1 дихальний цикл за секунду протягом 70-90 с – як себе почували хворі ?

Але принципового значення всі ці зауваження не мають, вони стосуються не тільки дисертанта, а дисертаційна робота заслуговує позитивної оцінки.

Висновок про відповідність дисертації

Дисертаційна робота Романюка Назарія Васильовича на тему «Диференційна діагностика та лікування гострого вестибулярного синдрому»

подана на здобуття наукового ступеня доктора філософії в галузі знань 22 Охорона здоров'я за спеціальністю 222 Медицина є завершеною самостійною науковою роботою, в якій подано аналіз актуальних науково-практичних завдань із покращення медичної допомоги хворим із гострим присінковим синдромом. Робота має велике науково-практичне значення, висвітлена в достатній кількості друкованих праць, статтях, на науково-практичних конференціях, впроваджена в лікувальний процес.

Дисертація виконана на достатньому клінічному матеріалі. Наукові результати статистично достовірні, висновки та рекомендації обґрунтовані.

Дисертація відповідає Постанові Кабінету Міністрів України №567 від 24 липня 2013 р. «Про затвердження порядку присудження наукових ступенів і присвоєння вченого звання старших наукових співробітників», а її автор Романюк Назарій Васильович повністю заслуговує на присудження наукового ступеня доктора філософії в галузі знань 22 Охорона здоров'я за спеціальністю 222 Медицина.

Професор кафедри терапії та реабілітації

Міжрегіональної академії управління персоналом,

д. мед. н.



К.Ф. Трікус

*підпис Тріуса К.Ф. засвідчую
Косарь С.В. [signature]*

К.Ф. Трікус