

СТАНОВИЩЕ

от Доц. Петко Сливков, доктор

относно дисертационен труд на тема: Специализирана кинезитерапия в двигателния режим на деца със спинална мускулна атрофия

Докторант : Слава Христова Костадинова - Петрова

Научен ръководител: Проф Митко Мареков, доктор

Представеният от докторантката Слава Христова Костадинова – Петрова дисертационен труд е в печатна форма с обем 160 стандартни страници. Има 7 приложения, онагледен е с 19 таблици, 5 диаграми и 51 фигури. Авторът е цитирал 138 източника от които 16 на кирилица и 117 на латиница и 5 уебизточника.

В увода е изложена трудността от това, че спиналната мускулна атрофия е наследствено вродено прогресиращо дегенеративно страдание, засягащо периферния двигателен неврон, за което медицината на сегашния етап от развитието не е намерила начин да лекува това страдание, освен чрез средствата на кинезитерапията да се стреми да постигне по – поносимо трудният живот на децата страдащи от СМА и ако е възможно да удължи живота им, тъй като това е патология с висока смъртност.

Работната хипотеза е формулирана правилно и конкретно т.е. конкретни данни да се представят в края на експеримента от кинезитерапията при СМА по отношение на необходимост от кинезитерапия, съдържание на кинезитерапията и ефективност от кинезитерапията при СМА.

Целта на труда е формулирана ясно, точно и кратко. В тази връзка докторантката посочва и 5 основни задачи : да се направи литературна справка; да се изгради адекватно кинезитерапевтично съдържание и тактика; да се изберат показатели по които да се отчита дали кинезитерапията при СМА е ефективна и в какви насоки; да се изгради тактика за прилагането на кинезитерапевтичните средства; да се анализират получените резултати и се направят интерпретации и изводи.

В главата „Литературни данни относно определение, етиология, диагностика и форми на заболяването“ са представени конкретно и точно етиологията, диагностиката и формите на заболяването по литературни данни, както и патоморфологичните, патофизиологичните и патокинезиологичните изменения при СМА. Също по литературни данни от изложението става ясно, че при СМА има загуба на клетки в спиналния ствол и краниалните ядра на нервните от които настъпва дегенерация на долният моторен неврон, което означава, че се засягат мускулите на изправения стоеж, ходенето, пълзенето, контрола на главата, врата, гълтането проксималните мускули на крайниците и най – важното респираторните мускули, но при напълно запазени интелектуални възможности. Става ясно, че това е тежко дегенеративно страдание от геномен тип с тежки многопосочни функционални дефекти. Разгледани са епидемиологията, диагностиката, формите на заболяването, както и формите на лечението на СМА.

В главата озаглавена „Литературни данни относно лечението, кинезитерапията, рехабилитацията и мултидисциплинарния подход при болни със спинална мускулна атрофия“ докторантката прави обобщен преглед на литературните данни относно мултидисциплинарния подход в лечението, рехабилитацията и профилактиката на болни със СМА. Обръща се внимание на неинвазивната дихателна вентилация, която стои в

основата на дихателната рехабилитация на дихателната дисфункция и недостатъчност.

В тази глава става ясно, че всички автори са съгласни, че лечението на СМА трябва да е мултидисциплинарно, но нито един не съобщава конкретни данни от рехабилитацията на СМА. Най – общо се съобщават мнения на автори за прилагане на упражнения за подвижност и оптимална независимост от чужда помощ при ДЕЖ. Препоръчва се още субаквална гимнастика за стабилизиране и задържане на прогреса в страданието. Други автори препоръчват упражнения за мускулна слабост, превенция и превъзможване на ставните контрактури и гръбначните изкривявания. В литературната справка се подчертава, че няма категорични доказателства за най-ефективните начини на лечение и рехабилитация. Препоръчва се в мултидисциплинарния лечебен подход освен лекари и кинезитерапевти да участват социален работник, психолог, логопед и специалист по храненето.

Детайлно е разгледан дихателния дефицит причинен от увреждането на респираторните мускули. Тази част е разгледана по – детайлно в норма и патология, тъй като една от основните насоки на кинезитерапията е респираторната корекция на патологичния тип дишане и изграждане на коригиран механизъм на дишане, а това е трудна и отговорна задача пред кинезитерапията тъй като има атония на дихателните мускули. Разгледани са също гастроинтестиналните и гълтателни проблеми при болните със СМА.

Раздел III на труда обхваща собствените наблюдения на докторантката. Те започват с изследването на функционалния дефицит в дишането, ходенето, сядането, заемането на устойчив седеж, както и ДЕЖ и определянето на остатъчния рехабилитационен капацитет на всеки болен. Въз основа на това и основавайки се на 16 годишен опит в лечението на СМА докторантката изгражда методики за : проблемите с

дишането; проблемите със ставната подвижност; проблемите с равновесието и нарушената координация; профилактика на вторичните деформитети на гръдната клетка и гръбначен стълб; както и методика за домашна рехабилитация.

В глава контингент и организация на наблюдението и изследването в която докторантката си поставя 4 основни задачи : 1. Да се проучи ролята на кинезитерапията в лечението на СМА; 2. Да се установят тенденциите в промяната на функционалните показатели след кинезитерапия по методики на автора; 3. Да се провери статистическата значимост на приложеното кинезилечение.; 4. Да се определи значението на факторите влияещи на лечебния процес.

Наблюдението и изследването обхваща 19 пациента със СМА II – III тип за периода 2011 – 2016 година и още 7, които не са лекувани системно с кинезитерапия, служещи като контролна група за сравнение, макар, че докторантката твърди, че това не е група за сравнение поради липсата на показатели за сравнение в тази група.

В тази глава са описани признаците за резултатност, а също и показателите за следене на промените в признаците – общо 7 на брой.

Глава III.2.6. озаглавена „Компоненти на научното изследване“ е структурирана главно в три насоки : Начини за отчитане на функционалните възможности; комплексна оценка и ДЕЖ; оценка по субективни показатели.

Към първите показатели са включени проба на Фланг – Щанге, подвижност на гръден кош, тест на Краус – Вебер и ръчна динамометрия. Към второто ниво на информация се използва тест на EANDA категоризиращ годностите от ДЕЖ в 5 позиции. В третото ниво на изследване са включени характеристиките за умора, концентрация и

градуирането им от 1 до 5 степени на годност. Към субективната оценка се отчита доволството на детето и родителите, както и желанието им, мотивация да участват пълноценно в кинезитерапевтичния процес. Тази оценка макар и субективна е много важна, защото без мотивация за участие цялата рехабилитация е обречена на неуспех.

В глава III.2.7. - „Авторски анализ на функционалните и патокинезиологичните отклонения при пациенти със СМА“, докторантката разглежда патологичните отклонения в три насоки : дихателни нарушения; нарушения в опорно двигателния апарат; нарушения в ДЕЖ. И в трите насоки изложението е направено с вещина и показва задълбочени познания и информираност на докторанта.

Глава III.2.8. изложение на същността на кинезитерапията при СМА т.е. подбор, комбинации и стратегия на прилагането и. Авторката изброява много фактори в индивидуалното състояние на пациента, които задължават да се предпочете едно или друго средство в хода на лечението, както и да се използва различното им комбиниране. На първо място обаче съвсем оправдано се търси постигане на корекция в респираторната механика. На втора позиция докторантката поставя корекции и поддържане на ставната подвижност и на трето място повлияването на мускулната работа на шия, торакс, крайници, гръбначен стълб. Условно се разделя кинезитерапевтичния процес на „асистирана кинезитерапия“ и на „домашна кинезитерапия“ и асистирана от родители. И за двата условни периода са описано подробно и целесъобразно съдържанието и тактиката на кинезитерапията в зависимост от целите във всеки период.

От изложението в тази глава личи задълбочен анализ на всяка условност от която зависи кинезитерапията, личи също основния приносен характер на труда.

В глава III.3. озаглавена „Характеристика на компонентите на кинезитерапевтичната методика“ всъщност са описани мотивирани и дискутирани основното, същностно съдържание на лечението чрез кинезитерапия. Описани са 5-те най-важни частни методики, които характеризират цялостната методика и тактика на докторантката :

- Първата от тези методики е корекцията на респираторния механизъм. Тази част е описана мотивирано и изчерпателно и има съществен приносен характер.
- Втората част касае ставната подвижност и мускулната сила. В тази част от труда се споделя опитът на докторантката в борбата с намаления еластичитет на мускулите и слабостта им, както и произтичащата от това склонност за контрактури на ставите, на крайниците и гръбначен стълб. Разделът е разработен компетентно, споделен е лечебен опит от факторите определящи дозировката на кинезитерапията и начините за въздействие. Считам, че тази част от труда също има подчертан приносен характер.
- Третата част касае възстановяването и /или създаването на равновесни възможности, както и поддържането им и връзката им с координационните способности. И тук авторът отразява опитът си в тази насока, като се е съобразявал с мускулната слабост и дисбаланс. Описва се собствена методика за изграждане на компенсаторни двигателни механизми, чрез избрано засилване на исшиокрурална и екстензорна тяга на колянната става в комбинация с екстензорите на ТБС и плантарните флексори на глезените. Тази част от труда също има оригинален приносен характер.
- Четвъртата част касае профилактиката на вторичните дефекти повлиявана главно от позиционни въздействия за корекция на деформитетите главно в тораколумбалния дял на гръбначен стълб.

Този вид кинезитерапия е трудна и при здрави деца, а при пациенти със СМА е още по – трудна. Авторката споделя своя опит в тази насока.

- Петата методика касае особеностите на кинезитерапията, които трябва да се изпълняват от пациента и асистират от родителите в домашна обстановка. Тази част е разработена подробно и компетентно и има също приносен характер. Основната идея на авторът е с цената на всичко да се подобри социалния и личен живот чрез самостоятелност в ДЕЖ и други дейности.

Разделът „Резултати и анализ“ е представен в прецизен вид и сочи, че всеки от използваните показатели не е влошил изходните си стойности, което според нас е добър резултат като се има предвид какъв е постоянно прогресиращия ход на заболяването. Интерпретациите на отделните показатели са направени компетентно и заключенията за всеки от тях са правилни. Този раздел на труда има особен приносен характер, тъй като той е първият сериозен опит на български автор да докаже, че чрез кинезитерапия може да се задържи протичането на такова генетично, прогресиращо страдание като СМА.

Направените в края на труда изводи са скромни, но реални. Категорично считам, че целият труд на докторантката има оригинален приносен характер, не само защото е първият в България, а и защото касае смъртоносно заболяване.

В заключение считам, че достойнствата на труда не се омаловажават от дребни технически и правипосни грешки и изразни структурни неточности. Предлагам на научното жури на докторантката да бъде присъдена степента „доктор“

Доц. Петко Сливков, доктор.....

