

## СТАНОВИЩЕ

От **професор д-р Юрий Анастасов, дмн** – Ръководител на Отделение по Пластична и краниофациална хирургия към Катедрата по пропедевтика на хирургическите болести, МУ – Пловдив

Относно : Относно процедура за присъждане на образователната и научна степен „Доктор” в професионално направление **1.2 Педагогика, Специална педагогика – Логопедия** в Софийски Университет „Св. Климент Охридски” Факултет по Начална и предучилищна педагогика Катедра „Специална Педагогика и Логопедия на дисертационен труд: **Зависимост на речевите нарушения при деца с вродени цепнатини на небцето от хирургическата интервенция и от тежестта на първичните анатомични увреждания** и автор **Марта Венелинова Василева, Научен Ръководител Професор дпн. Цветанка Ценова**

### ОБРАЗОВАНИЕ И ОБУЧЕНИЕ

Марта Венелинова Василева завършва специалност Логопедия в Софийски Университет през 2004 година и се дипломира като бакалавър по логопедия, през 2006 придобива магистърска степен по Логопедия. През 2006 и 2007 преминава обучения към Министерството на образованието и науката, участва в различни семинари и получава сертификати за участие в проекти и програми с обществено, логопедично и политическо значение. Участва във всички обучения, лагери и конференции на Асоциация АПА и мрежата Евроклефтнет от 2012 до сега. От март 2010 до март 2013 е докторант в специалност Логопедия. От октомври 2012 до момента е хоноруван асистент в СУ”Св. Климент Охридски” ФНПП. От 2006 до момента работи в няколко логопедични центрове или детски заведения, като логопед, като от февруари 2013 до момента работи в Логопедичен център „АнМABи”

### Анализ на представения материал

Дисертационният труд е написан на 186 страници, съдържа увод, три глави, изводи, приноси и библиография, включва 66 фигури и 31 таблици. Направени са 3 самостоятелни публикации, като две са в списание Специална педагогика от 2013 година и една в сборник, Научна конференция” Иновации в образованието” от 2014. И трите публикации са под печат.

В увода, в който обикновено се излагат мотивите за написването на дисертацията се подчертава и актуалността на проблема. Смятам, че в тази част би могло по-убедително да се изтъкне, че в лечението на вродените лицеви аномалии, ролята на логопеда би следвало да се разглежда като неразделна част от мултидисциплинарния екип извършващ лечение, без което то не би могло то да бъде пълно и цялостно. Хирургичните техники за корекция на небцето могат да се оценят като успешни или не, единствено, ако има

оценка на говорните резултати от логопед. Този подход заслужено определя мястото на логопеда в областта на здравеопазването, а не само като функция на образователния процес. Считам, че мястото на логопеда лекуващ деца с цепнатини на небцето е в болничните структури занимаващи се този проблем, тъй като резултатите и ползата за пациентите ще са оптимални. В случая ние разчитаме, че чрез диагностичните способности на логопеда може да се утвърди или отхвърли ползата от приложението на определена хирургична методика за корекция на цепнатина на небцето, което би могло да се изтъкне в много по-голяма степен от автора.

Основен проблем при лечението на пациентите с ВЦУН е постигането на нормален говор при минимално засягане растежа на горната челюст от оперативната намеса. През последните 25 години Центърът в Пловдив лекува 80% от случаите в страната. Нашия лечебен протокол категорично фаворизира повече говора, отколкото растежа на горната челюст, тъй като оперативното лечение се извършва едноетапно и много рано - на 10 месечна възраст, преди появата на говор. Това е една от често използваните схеми в Европа и света. Модифицирания метод на Уардил-Килнер-Во е отдавна утвърден и в нашата практика и приложим при всички форми на цепнатина на небцето. Недостатък е, че съществува риск от увреждане на растежа на горната челюст поради повдигането на мукопериостални ламба от твърдото небце и то най-вече поради операция в ранна възраст. Говорните резултати при използването на тази методика са обследвани обстойно от други логопеди работители при нас в миналото. Оценката е извършена при 100 деца оперирани по този метод на 10 месечна възраст. Говорните резултати при тези пациенти са оценени по скалата на Евроклефт, (единствената световно призната скала позволяваща сравнителни интерцентрични и международни проучвания), като резултатите са много добри и отлични при над 60% от случаите без да е провеждано никакво логопедично обучение.

Модифицирания метод на Сомерлад се използва от нас едва през последните 10 години, при него не се повдигат мукопериостални ламба от твърдото небце и цели да се коригира изцяло и също едноетапно цялото небце, като се приема, че е по –щадящ за растежа на челюстите, но може да се прилага само в случаите когато е засегнато само мекото и/ или отчасти – и твърдото небце. При останалите случаи, когато е засегнато и цялото твърдо небце се налага повдигане на мукопериостални ламба, тоест използваме модифицирания метод на Уардил –Килнер и в двата случая корекцията на мускулната патология цели да бъде една и съща. Говорните резултати при използването на модифицирания Сомерлад не бяха изследвани досега и ние предположихме, че ако те са сходни с тези на модифицирания Уардил -Килнер, то можем спокойно да заменим модифицирания метод на Уардил –Килнер с модифицирания на Сомерлад при почти две трети от случаите с цепнатини на небцето, което би било съществен принос, с реално практическо значение.

Всичко това определя актуалността и ползата на темата избрана за дисертационен труд. Причините за сравняване на двете методики фигурират срамежливо в дисертацията при описанието на метода на Сомерлад на страница 62, а би следвало да се изведе цялата концепция за взаимовръзката между логопедията и хирургията и конкретната полза при оценката на говора от двата метода още в увода.

Литературния обзор е обстоен и актуален, налице е и критичен анализ на фактите. Налице е много обстоен анализ на данните за етиологията, класификациите на ВЦУН, придружаващите аномалии и синдромите, при които се срещат цепнатини на устната и или небцето. Всички тези данни имат несъмнено отношение към дисертационния труд, но пък в библиографията липсват изцяло статиите описващи методите на Уардил или Килнер, липсват и многобройните публикации на Сомерлад описващи точно в какво се състоят оперативните методи. На страница 53 е написано, че «Сомерлад прави цялото небце по методика на Фърлоу», което явно е цитирано погрешно и не е вярно. Метода на Фърлоу е основан на Z пластиката на мекото небце, а този на Сомерлад на екстензивна дисекция на мускулите на мекото небце под микроскоп без да се включва Z пластика и без повдигане на мукопериостални ламба от твърдото небце. На други места в литературния обзор при описанието на хирургичните методики се вижда голяма задълбоченост и разбиране, а в някои други - съществени грешки поне от призмата на хирург работещ в областта на цепнатините.

При определяне на целта, подцелите и задачите, считам, че съществува структурно-концептуални различия при съставянето на цел и задачи при дисертации във висшите медицински училища и при дисертации в педагогическите висши учебни заведения. В медицинските висши учебни заведения целта е една, а чрез разрешаването на задачите, обикновено няколко на брой, се достига до постигането на целта. Изводите трябва да отговорят на всяка поставена задача или поне да дават отговор на всички поставени задачи. Всяка задача може да бъде формулирана като хипотеза и тя да бъде отхвърлена или не. Тъй като явно правилата за формулиране на цел и задачи се различават между висшите ни учебни заведения, няма да се спирам на формата, а по –скоро на съдържанието на задачите и изводите. Част от подцелите, задачите и изводите са направени на база литературни данни и по анамнеза на крайно недостатъчен брой случаи. Смятам, че е трудно да се правят изводи за фактори на околна среда или генетика на база анамнестични данни при 23 случая, а това е извод №1. Поне в медицинската литература такива изводи звучат несериозно. Извод №2 е направен на база собствени изследвания, но поне по литературни данни, а и от моята практика този извод буди съмнение. Според този извод децата с цепнатини само на мекото небце би трябвало да имат по-добри говорни резултати от тези с пълни цепнатини на небцето. Това може да е резултат в това проучване, но на практика става по-

скоро става обратното, поради подцетяването на проблема от някои хирурзи, говорните резултати често са по-лоши при по-леко изразените форми в сравнение с тези при пълните форми, при които се използват най-често радикални методи за възстановяване на небцето. Случаите със субмукозна цепнатина, които биха могли да се сметнат за леки, често имат най-тежки говорни проблеми и трудно се коригират с обичайните хирургични методи за корекция на небцето. Считам, че не трябва да се прави аналогия за тежест на аномалията, както при цепнатините на устната, тъй като при небцето факторите, които определят резултата са значително по-комплексни. Извод № 4 противоречи на № 2, тъй като в него се казва че говорните резултати при леки и тежки форми са сходни.

Според мен, извод № 3 не е правилно формулиран, тъй като излиза, че «видът на оперативната техника не е от особено значение по отношение на развитието на речта», а това без необходимите уточнения обезмисля търсенето на оптимални хирургични методи. Би следвало да се каже, че не се откриват разлики в говорните резултати при използването на едната или другата хирургична техника. Тук трябва да уточним, че тези заключения са направени на прекалено малка група пациенти и следователно тези първоначални резултати следва да бъдат потвърдени при достатъчно голяма група, което може да бъде обект на друго проучване. Независимо от факта, че имаме статистическа обработка на резултатите и че резултатите съответстват на личните ни впечатления, за да бъдем категорични и това заключение да може да бъде прието в елитно международно списание, трябва да имаме значително по-голям брой пациенти от двете групи, говорните резултати би следвало да бъдат оценявани независимо от няколко логопеда от различни центрове, както и от случайни хора и по утвърдената международна скала за оценка на говора при деца с цепнатини. Считам, че такива пропуски можеха да бъдат избегнати, ако дисертацията беше с двойно ръководство.

В изводите очаквах да видя много повече конкретни данни за оценката на говора по скалата на Евроклефт. Въпреки, че излизам от рамките на моята компетентност, бих искал да отбележа, че в изводи 8 и 9 се отделя внимание за нарушения в звуците Л и Р, което няма отношение с велофарингеалната инсуфициенция или към една патологична позиция на езика, които са основен проблем при децата с цепнатини на небцето. Доколкото ми е известно, звукът Р няма отношение към проблематиката на говора при цепнатини и няма основание да се търси особена патология там. Тези наблюдения имат място в резултатите, но не би следвало да фигурират в изводите. Четвъртата хипотеза в изводи 14 и 15 имат потвърдителен характер, тъй като отдавна е известно от литературата, че не би следвало да има езикови нарушения при цепнатините на небцето в сравнение с контролна група от привидно здрави деца.

В заключение, въпреки немалкото критични бележки от моя страна, считам, че дисертационния труд е достатъчно съвестно написан, има своите приноси и

заслуги най-вече поради факта, че утвърждава взаимодействията и съвместната работа между логопеда и хирурга в рамките на мултидисциплинарната консултация на пациентите с лицеви аномалии. Смятам, че в бъдеще подобни трудове биха имали още по-голяма стойност и съвместна полза, ако са по-добре балансирани и съгласувани отделните и части, цели и задачи и изводи. В случая, отчитам също така трудностите свързани с факта, че мултидисциплинарната консултация в МУ-Пловдив, на чията база е извършено изследването е териториално отдалечена от основната база за обучение - СУ «Св Климент Охридски» и това несъмнено е затруднило дисертанта. Въпреки, че годишно при нас се оперират и лекуват между 80 и 90 нови случая с ВЦУН и дисертанта разполага все пак с три години, децата с цепнатини само на небцето и то над определена възраст трябва да бъдат индивидуално открити и обследвани от дисертанта, а те се намират в различни части на страната и не винаги това е лесно изпълнимо. Това обяснява отчасти факта, че обследваните деца от дисертанта са сравнително малка група. Поради това считам, че изводите за предимствата на едната над другата методика, трябва да се съобщат с необходимите ререзви.

Основната причина за положителното ми отношение към дисертацията и дисертанта са обяснимите причини за някои от слабостите в дисертацията. Смятам, че тези изводи трябва да доведат до промяна в цялостната подготовка на логопедите в България, която би следвало да бъде по-пряко свързана с болничните структури, които от своя страна трябва да бъдат по-широко отворени за логопедите. Вярвам, че тази дисертация ще отвори път към нови възможности за реформи в обучението на логопедите и за по-тясното сътрудничество между отделните клонове на науката, образуването и практиката. Прави чест на научния ръководител и на докторанта избора на темата на дисертацията, която има приложение и полза за цялостното лечение, а не само да се разработва отделен, частен проблем в логопедията извън нуждите на клиничната практика. Заслуга на докторанта също така е и сериозното отношение към литературните източници, участието му в обученията за мрежата на доверени логопеди към Асоциация «АЛА». Не се съмнявам в качествата на докторанта да извършва правилно диагностика и терапия на говорните нарушения при тези пациенти и да използва международно утвърдените скали за оценка на говора при пациенти с цепнатини на небцето. Заслуга на доктораната е и разработването на оригинална точкова система, макар и тя да не може да намери широко приложение при други изследвания от подобен тип.

Поради всичко това, подкрепям и препоръчвам на останалите членове на журито да гласуват с «да» за присъждането на образователната и научна степен « Доктор» на Марта Василева.

20.06. 2014 год.

Проф. д-р Юрий Константинов Анастасов, дмн