

СТАНОВИЩЕ

от доцент д-р Димитър Славчев Терзиев, д.м.

началник на дневно отделение към клиника по детска психиатрия „Св. Никола” на УМБАЛ-„Александровска”, София

преподавател към катедра по психиатрия и медицинска психология, МФ, Медицински университет София

относно дисертационен труд на тема „10 годишно проспективно проследяване на деца с хиперкинетично разстройство с нарушение на вниманието в област Варна” представен за защита пред научно жури сформирано със заповед Р-109-259/16.05.2018 на ректора на МУ-Варна за придобиване на научна степен „доктор на науките” от доц. Петър Милчев Петров дм в МУ-Варна

Настоящото становище е изготвено въз основа на автореферата, предоставен ми заедно с публикациите във връзка с дисертационния труд (десет на брой) и процедурални/изисквани от процедурата документи съгласно заповедта и съпровождащото писмо на МУ-Варна.

Разстройството с дефицит на внимание и/или хиперактивност (РДВХ, ADHD акроним на Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder), което доц. Петров обозначава като „Хиперкинетично разстройство с нарушение на вниманието – ХРНВ – като се има предвид отсъствието на официално приет превод/номенклатура на български език – понастоящем се отнася в групата на невроразвитийните разстройства, заедно с разстройството от аутистичния спектър и др. и отговаря на присъщите им характеристики една от които е: непрекъснато наличие с тенденция за редуциране на дефицитите и отклоненията при персистиране на на повече или по-малко затруднения. Като развитийно разстройство РДВХ е със сериозна коморбидност, включително с други развитийни разстройсва, което допълнително затруднява адаптирането на тези деца и лица като възрастни.

Използваното в МКБ-10 обозначение Хиперкинетично разстройство не се припокрива с РДВХ, всъщност Хиперкинетичното разстройство с нарушение на активността и вниманието от номенклатурата на МКБ-10 отговаря на (част от) смесения тип на РДВХ (не и на подтиповете с дефицит на внимание или хиперактивност-импулсивност) и за това Хиперкинетичното разстройство има по-тесни граници и по-ниска честота в популацията от тези на РДВХ.

От изложението става ясно, че като ХРНВ доц. Петров има предвид РДВХ (ADHD), като изборът да се фокусира на РДВХ, а не на ХКР (МКБ-10) е основателен предвид на международната му приетост и за практически и за изследователски цели, и предвид на конвергенцията на МКБ-11 към DSM-5.

Дисертационният труд представлява логическо продължение, а не буквално повторение, на предишната работа на доц. Петров върху честотата на РДВХ във Варна и област Варна (2006-2007г). Лонгитудиналното проучване, вкл. на социалното

функциониране на засегнатите като младежи и възрастни, показва не само естественото протичане на РДВХ (и развитийните разстройства изобщо), но и социалните му последици и отток – сериозния му характер.

Основателно доц. Петров конструира три групи – прицелна в която участват почти всички от диагностицираните с РДВХ през 2006-7 7-14-г деца, контролна (при които е отсъствала диагнозата) и контролна-2 с отсъствие на диагнозата, но висока стойност по субскалата на учителите на ADHD-IV RS. Искам да отбележа че първоначалното диагностициране през 2006-7-г е извършено мултимодално (оценъчни скали, психиатрично интервю, психологично изследване) и мултиинформативно (родители, учители, дете-в рамките на психиатричното интервю), което показва надеждността на поставената диагноза. При настоящето изследване доц. Петров използва само въпросника ADHD-IV RS като самооценка, но все пак и добавя пояснения за всеки от айтемите (от съответните включени към критериите в DSM-5), което е логично да повиши надеждността на получения резултат. Сравнението в двете времена на изразеността на проявите се прави между оценките на родители и учители по същата скала от 2006-7 и на самооценката на лицата диагностицирани тогава и тези от контролните групи понастоящем.

При тази постановка се демонстрира намаление в степента на отчетените отклонения (средноаритметични стойности) и най-вече в субскалата хиперактивност-импулсивност. Същевременно при прилагане и на диагностичните критерии за РДВХ се отчита персистиране на разстройство в 43-73% от лицата след 10-г период според броя на прилаганите критерии (6+6 позитивни критерия и съответно 5+5 за 17-г и по-възрастни лица). По този начин на базата на така събраната информация доц. Петров прави извода за редуциране на проявите като цяло (в прицелната група) при запазване на диагнозата в около и над 50% от тях, докато след 10-годишния период контролна група-1 и 2 не се различават съществено. Това е значим извод, който показва, че в перспектива децата оценени като високо проблемни (в аспекта на активното внимание, импулсивност, хиперактивност) само от учителите и които не отговарят на критериите за диагностициране в перспектива не се отличават от непосочените като проблемни. Въз основата и на допълнителен анализ доц. Петров стига до заключението, че стойността по учителската субскала не е (в крайна сметка) така предиктивна към наличието на разстройството и че родителската субскала показва по-висока предиктивност.

От голямо значение е включването на показатели за негативни последици в аспекта на училищната и по-широката социална адаптация в настоящето изследване. Документира се (макар и на базата на самоотчет, както доц. Петров посочва поради отсъствието на база данни която може да се използва) много по-често наличие на (и броя им) при повечето от: физически наранявания налагащи медицински контакт, неволни отравяния, повтаряне на клас, брой сменени училища (близо половината от прицелната група имат 4 и повече сменени училища!), трудов статус и брой сменени работни места, наличие на приятели, употреба на ПАВ, криминални прояви (без разлика в двете групи, но със зависимост на честотата им от оценката по използваната скала (и в 2006-7 и в 2017)).

Работата като цяло потвърждава за нашите условия и в надлъжен дизайн общоприетите за разстройството тенденции за редуциране на дефицитите и отклоненията, в различна степен при отделните лица, повече по отношение на хиперактивността евентуално импулсивността (понеже са включени заедно във втората

група критерии на DSM-5 не е ясно дали се редуцират и двете или само евентуално хиперактивността, от друга страна хиперактивността по-скоро се модифицира без да изчезва напълно), но при запазване на диагнозата (според дефиниращите я критерии) в близо и около половината от тях, които и сериозните социални последици при засегнатите лица. Разбира се поне донякъде за наличието на такива последици особено в училищната и трудовата сфери могат да допринасят и евентуални съпътстващи развитийни разстройства (като обективни училищни затруднения) – това обаче не променя изводите за риска асоцииран с разстройството.

Обсъждането на получените резултати в раздела Заключение е написано ясно и информативно. То повдига и интересни и важни въпроси като (да посоча само три от тях) наличността и достъпността до медикаментозни средства за контролиране на проявите и евентуалната им роля не само в симптоматичен но и в социално-прогностичен план*, запознатостта на общите психиатри (и други лекари за възрастни) с проявите на разстройството и възможностите за помощ и какво означава неотчитането на разлика в употреба на ПАВ между засегнатите от РДВХ (традиционно считани много рискови за) и контролната група – че този риск е преувеличен или, че степента на разпространение и употреба на ПАВ в съответните възрасти/област и толкова висока, че различието се развива?

Принос на работата е и изграждането на още един „мост“ между психиатрите за деца и тези за възрастни, понеже тяхното разделяне макар и разбираемо от прагматична гледна точка е неприемливо от гледна точка на реалността в която човешкото същество е едно и животът му е в континуитет през отделните възрасти.

*интересно е, че в хода на проследяването на децата от всеизвестното изследване за мултимодално лечение на ADHD-комбинирана форма (МТА), първоначалните разлики в полза на тези които са приемали психостимуланти се заличават (въпреки, че първоначално са свързани с по-голяма редукция на проявите при приемащите психостимуланти) вкл. и за социалните последици. Това показва, както посочва и Gabrielle Weiss от Торонто, пионер в лонгитудиналните проследявания на „хиперактивните деца“, че негативните социални последици са комплексно детерминирани.

В заключение считам, че дисертационният труд на доц. Петров отговаря на изискванията за присъждане на научната степен „доктор на науките“ с което препоръчвам на уважаемото жури сформирано със заповед Р-109-259/16.05.2018 на ректора на МУ-Варна да присъди научната степен „доктор на науките“ на доц. Петър Петров.

31.07.2018

Доц. Д. Терзиев дм.....

