

До Председателя на Научно
жури, назначено със заповед на
Изпълнителния директор на
МБАЛ „НКБ” № 222/21.05.2019
г.

СТАНОВИЩЕ

от проф. Детелина Вълчкова Луканова, д.м,
Началник на Отделение по ангиология към МБАЛ „НКБ”
Член на научното жури за конкурса за придобиване на образователна и научна степен
„доктор" в област на висшето образование 7. „Здравеопазване и спорт", професионално
направление 7.1."Медицина" и научна специалност „Сърдечно-съдова хирургия" с код
03.01.49

по предоставения дисертационен труд и автореферат на тема:

„ЕНДОСКОПСКИ МЕТОД ЗА ВЗЕМАНЕ НА ВЕНОЗЕН ГРАФТ ПРИ ПАЦИЕНТИ ПОДЛЕЖАЩИ НА АОРТОКОРОНАРЕН БАЙПАС”

Автор на дисертацията: д-р Явор Ванков Валянов, лекар ординатор в Клиника

по кардиохирургия при МБАЛ „ Национална Кардиологична Болница”, София

Научен ръководител: професор д-р Людмил Бояджиев, д.м.н.

Ишемичната болест на сърцето е един от основните фактори за болестност, инвалидизация и смъртност на населението въпреки съвременните методи на лечение - медикаментозен и реваascularизационен, имащи за цел подобряване на преживяемостта и/или облекчаване на симптоматиката.

Над 50% от смъртните случаи вследствие на сърдечно-съдови заболявания се дължат на исхемична болест на сърцето. При хората между 60 г. и 79 г. честотата на коронарна болест е 25% за мъжете и 16% за жените, а над 80 години – съответно 37% и 23%. За България данните са още по-тревожни - 66% от общата смъртност се дължи на исхемична болест на сърцето. Всяка година близо 6000 българи умират от остър инфаркт на миокарда. Значително по-висока е смъртността сред мъжете. Според резултатите от проучването BARI 30% от болните не се връщат към работа след коронарна реваascularизация, а 15% до 20% оценяват здравословното си състояние като незадоволително и лошо.

Основните методи за реваascularизация са аорто-коронарния байпас (АКБ) и перкутанна транслуминална коронарна ангиопластика (ПТКА). Аорто-коронарния байпас е обект на сърдечната хирургия и е една от най-често извършваните операции.

Основните оперативни методи за реваascularизация на миокарда са конвенционален

(златен стандарт), при който се използва екстракорпорално кръвообращение (ЕКК) и операция на биешо сърце без ЕКК (Off-pump CABG - OPCAB). Понастоящем са въведени и различни по-малко травматични методи за реваскуларизация.

Реваскуларизацията на миокарда се осъществява посредством байпас графтове (кондуити). Те могат да бъдат артериални или венозни. Артериалните графтове имат предимство по отношение на дългосрочната проходимост пред венозните. Въпреки това най-използваният графт в коронарната хирургия е венозният - вена сафена магна (VSM), поради лесната си достъпност и достатъчна дължина.

Темата на представения дисертационен труд е много актуална.

Златен стандарт за вземане на вена сафена магна за графт е отворения метод - open vein harvesting (OVH), изразяващ се в кожен разрез по цялото протежение на вената по медиалната повърхност на ляв или десен крак до достигане на необходимата дължина. В зависимост от необходимата дължина на графта, дължината на кожния разрез варира между 25 см и 50 см.

За съжаление OVH е свързан с голям процент (между 1% и 43.8%) постоперативни раневи усложнения - инфекциозни и неинфекциозни. Това може да доведе до допълнително хирургично третиране на раната, използване на антибиотици за дълъг период от време и допълнително ангажиране на медицински персонал.

След прилагане на OVH болките в оперативната рана са по-силни, което може да наруши възстановяването на пациента в следоперативния период. Не на последно място трябва да отбележим, че конвенционалният метод е свързан и с по-лош естетичен резултат.

С цел намаляване на постоперативните раневи усложнения Lumsden през 1996 г. въвежда ендоскопски метод за вземане на VSM (endoscopic vein harvesting - EVH). Същността на метода се изразява в отпрепариране на вената посредством специален инструментариум и камера през кожен разрез с големина 2-3 см.

EVH води до намаляване на постоперативните раневи усложнения между 60% и 80 % в сравнение с OVH. Предимствата на ендоскопския метод са: намаляване на риска от инфекции, на болките в следоперативния период, по-бързо възстановяване и намаляване на болничните разходи.

Новата методика за харвестинг на VSM не се приема единодушно от всички центрове по кардиохирургия. Налице са противоречиви резултати по отношение на ползите и недостатъците ѝ. Важно е да се сподели личен опит с оглед вземане на правилно решение за избора на оперативен метод за харвестинг на VSM, който да е съобразен с индивидуалните особености на всеки пациент, за да бъдат сведени до минимум постоперативните раневи усложнения, като са важни и удовлетворението на пациента от процедурата и естетичния резултат.

Дисертационният труд е представен на 154 стандартни страници и съдържа 30 таблици, 11 диаграми и 45 фигури. Библиографската справка включва 151 литературни източника - 1 на кирилица и 150 на латиница, като основните са датирани след 2010 година.

Съдържанието на дисертацията включва: Увод - 3 стр., Литературен обзор - 46 стр., Цел и Задачи на проучването - 1 стр., Материал и Методи - 28 стр., Резултати - 19 стр., Обсъждане - 23 стр., Заключение (9), Приноси на автора (7), Приложения (8) и Библиография.

В литературния обзор на представения дисертационен труд са разгледани общохирургичните принципи за вземане на вена сафена магна, предимствата и недостатъците на конвенционалния метод - open vein harvesting (OVH). Дисертантът в детайли се е спрял на оперативната техника, видовете дивайси, показанията, противопоказанията, предимствата и недостатъците на ендоскопския метод за вземане на ВСМ (EVH), както и на дългата крива на обучение на хирурга. Посочени са най-честите усложнения – раневи и интралуменно тромбообразуване. В изводите от обзора се дискутира фактът, че EVH се прилага по-често в САЩ, отколкото в Европа. В българската литература до момента липсват данни за прилагане на ендоскопския метод.

Целта на дисертацията е точно и конкретно формулирана: да се анализира приложението на ендоскопския метод в сравнение с конвенционалния метод за вземане на вена сафена магна като свободен графт при пациенти, показани за оперативна реваскуларизация на миокарда.

Поставените седем задачи отговарят на формулираната цел. Най-важни и с най-голямо практическо приложение в клиничната практика са втората, петата, шестата и последната задача: да се извърши сравнителен анализ на EVH в сравнение с OVH по отношение на факториални и резултативни признаци, интраоперативни данни, болка в следоперативния период и степен на удовлетвореност на пациентите; да се оценят предимствата и недостатъците на EVH спрямо OVH; да се анализира и изведе крива на обучение за EVH; да се изработи практически протокол за прилагане на EVH.

Използваните от автора материал и методи на изследване, както и методите за статистическа обработка, са напълно адекватни за реализиране на поставените цел и задачи на дисертационната работа. Това проличава и в получените резултати: сигнификантно по-малък процент на раневи усложнения в изследваната група в ранния следоперативен период (ИГ/КГ; 7%/26%, $p=0.002$) и един месец след дехоспитализацията (ИГ/КГ; 0%/11%, $p=0.0004$). Оперативните техники на двата метода за харвестинг на ВСМ – конвенционален и ендоскопски, са описани много детайлно и са перфектно онагледени със снимки на оперативното поле и използвания инструментариум.

В обсъждането авторът е съумял да синтезира резултатите от направените анализи. В установената последователност са сравнени собствените резултати с тези на други автори, представени в литературния обзор. Прави впечатление дискутирането на проучвания, публикувани в последните 2-3 години. В основата на добрите резултати на екипа от специалисти стои правилната селекция на пациентите, подходящи за EVH.

Посочва се, че конвенционалният метод за харвестинг на ВСМ е независим предиктор за възникване на раневи усложнения и това е резултат на по-голямата оперативна травма. По-ниска с два-три пункта е и степента на болката, оценена с визуално-аналогова скала, в изследваната група с EVN. Удовлетвореността на пациентите от тази група също е по-висока в сравнение с контролната (ИГ/КГ; 64%/40%).

Качеството на взетия графт е много важен фактор, който пряко повлиява изхода от оперативното лечение на ИБС в краткосрочен и дългосрочен план. Налице са множество фактори, от които зависи доброто качество на венозния графт. Нарушената цялост и функция на съдовия ендотел е основната причина за стеноза и/или тромбоза на графта. За отбелязване е, че освен интраоперативна макроскопска оценка на графта е направено и хистологично изследване при 20 пациенти във всяка от двете групи, което не установява по-честа денудация на ендотела в изследваната група. Установена е обаче по-голяма честота на поправките на графта в нея, което се обяснява с факта, че пациентите, обхващащи “кривата на обучение”, също са включени при отчитане на резултатите. Друг недостатък на EVN е по-дългото време за вземане на венозния графт, но това не увеличава общото оперативно време.

В края на изложението авторът посочва, че въпреки изброените предимства методът е свързан и с недостатъци: необходимост от закупуване на допълнителен инструментариум; допълнителна квалификация; по-дълга крива на обучение в сравнение с конвенционалния метод; затруднена експозиция и недостатъчна осветеност на работния канал при много пълни пациенти; изисква ангажираност на целия персонал към новата методика.

С изводите си авторът демонстрира практическата стойност на проведеното изследване. Най-важните от тях са: EVN в сравнение с OVN в по-голяма степен запазва виталността на тъканите, което го определя като по-атравматичен метод; той намалява риска от раневи усложнения и инфекции, което води до по-малко рехоспитализации; намалява постоперативната болка и способства по-ранното раздвижване; качеството на графта е съизмеримо с това на конвенционалния метод.

Изброените от автора собствени приноси са важни с приложимостта им в ежедневната клинична практика за подобряване на изхода при хирургична коронарна реваскуларизация на пациентите с исхемична болест на сърцето. Особено важен е последният – изработване на Протокол за вземане на венозен графт посредством ендоскопски метод за пациенти подлежащи на АКБ.

Правят впечатление отлично изработените и много информативни таблици и диаграми, както и фотосите от диагностичните изследвания, инструментариума и оперативните интервенции.

Като слабост на дисертационния труд бих посочила, че авторът не е посочил ограниченията на своето изследване. При формулирането на задачите, задача 5 обобщава

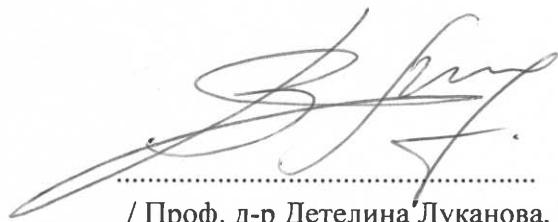
предходните три (2, 3 и 4). Изводите не съответстват точно на поставените задачи. Добре би било да се обединят изводи 1, 2 и 8, които са в причинно-следствена връзка. Приноси 2, 3 и 5 са съставна част от принос 4. Важно е Протоколът за вземане на венозен графт посредством ендоскопски метод за пациенти подлежащи на АКБ да бъде позициониран не като Приложение 8, а в края на дисертационния труд преди изводите.

Д-р Валянов отговаря на минималните национални изисквания по чл. 1, ал. 4 от ЗРАСРБ, правилника за прилагането му и Правилника за условията и реда за придобиване на научните степени и заемане на академичните длъжности в МБАЛ „НКБ“ ЕАД към научната дейност на кандидатите за придобиване на образователна и научна степен „доктор“ като при изискван минимум 80 точки той събира 90 точки.

В заключение смятам, че представеният дисертационен труд показва, че докторантът д-р Явор Ванков Валянов **притежава** теоретични знания и професионални умения по научна специалност Сърдечно-съдова хирургия, като **демонстрира** качества и умения за самостоятелно провеждане на научно изследване.

Поради гореизложеното, убедено давам своята **положителна оценка** за проведеното изследване, представено от рецензираните по-горе дисертационен труд и автореферат, и **предлагам на почитаемото научно жури да присъди образователната и научна степен ‘доктор’** на д-р Явор Ванков Валянов.

29.07.2019 г.
София



/ Проф. д-р Детелина Луканова, дм /