

## РЕЦЕНЗИЯ

от акад. Дамян Николов Дамянов

на дисертационен труд на тема „Адхезивна болест – етиология, клинична картина и методи за превенция“

за придобиване на образователната и научна степен „доктор“, професионално направление 7.1 – медицина по докторантска програма „Обща хирургия“ на д-р Ирина Ангелова Декова, от Катедра „Хирургически болести“, Факултет „Медицина, МУ – Плевен

Дисертационният труд обхваща 185 страници, които са разпределени както следва: заглавна страница, съдържание, съкращения – 5 стр., въведение – 2 стр., литературен обзор – 49 стр., цел и задачи – 1 стр., материал и методи – 5 стр., собствени резултати – 96 стр., изводи и приноси – 3 стр., списък на собствените научни публикации – 2, библиография – 15 стр., както и приложения на 4 страници, съдържащи карта на пациент с адхезивен илеус. В библиографията са включени 140 заглавия, от които 16 на кирилица и 124 на латиница. 90% от литературните източници са след 2000 година, като на две статии са пропуснати атрибутите за ползваното списание /№95 и №127/. В дисертацията са разположени 58 фигури, 37 таблици и 1 приложение. .

Темата на дисертационния труд засяга рядка и трудна патология, често водеща до операция при оперативна находка, свързана с илеус, тотални сраствания, белтъчни и водно-електролитни разстройства. Пациентите са от всички възрасти, но по-често клонят към напреднала. Проблем представляват финансовите и социални последици. Всичко това прави тематиката нелека за дисертация, а и за дисертанта. Повечето от тези дискуссионни въпроси са отбелязани от д-р Декова още във въведението.

Следва литературен обзор, който отговаря по обем на дисертация от 185 страници. Важното е, че е информативен и съдържателен. Започва с исторически данни, от които става ясно, че връзката между адхезиите и чревната обструкция е описана за първи път през 1872 г. През 1885 г. е дефинирана странгулацията. Честотата на срастванията като причина за чревна непроходимост се изчислява на 7,3% по литературни данни. Трупна се информация и за етиологията, свързана с хернии, явяващи се след предходна операция, след преживяно интраабдоминално възпаление, при вродени състояния и т.н. Прецизирано е определение за срастванията, че представляват съединително-тъканни образувания с различна зрялост – от нежни нишки до васкуларизирани и инервирани сраствания с различна форма, големина и обхват. Основните обхванати органи, които формират патологията и клиниката, са тънко черво и оментум, но срастванията могат да заангажират всички коремни органи и области. Особено засегнат е малкият таз, за което има поредица анатомични предпоставки.

Отделено е внимание на анатомията и физиологията на перитонеума – задължителен участник в адхезиите и като висцерален, и като париетален. Предразполагащи фактори са: голямата му площ от 1,8 кв. м.; особеностите на мезотелните клетки, секреторните му и реабсорбционните му свойства и др. От физиологична гледна точка става ясно, че образуването на адхезии е последица на перитонеалното възстановяване след травматично въздействие /вкл. операции/ или възпаление с важно участие на адхезионните фибробласти в имунологичния защитен процес. Оздравителният процес е представен в трите му фази: 1. възпаление и клетъчна миграция; 2. коагулация и протеолиза; 3. организиране и ремоделиране. Патологичният финал обаче е формиране на адхезии най-често следоперативно или след интраабдоминално възпаление. Представени са проучвания върху тяхната честота и демографски особености, класифицирането им, оценяването им по плътност, обхват, тежест, хистология, както и скали за оценка на срастванията.

След това дисертантът анализира литературната информация върху стратегията за лечение и превенция, използваната тактика и профилактични средства, приноса и възможностите на миниинвазивната хирургия. Отделено е внимание на диагностичнолечебния алгоритъм с акцент върху Консенсуса от Болоня, 2010 г., който по-късно се надгражда с усложненията и рецидивите. Маркирани са икономическите и социални последици. Литературният обзор завършва с кратко заключение, отбелязващо, че все пак в темата остават дискутабилни и нерешени въпроси за надграждане. Намирам литературният обзор за интересен и целенасочено свързан с темата.

Целта на дисертационния труд в едно изречение е на базата на клиничен материал от Първа хирургична клиника на МУ-Плевен да се проучат демографските данни и особеностите на контингента, методите за диагностика, лечение и профилактика. Поставени са 7 задачи, свързани с целта и отнасящи се до: 1. Демографска характеристика на лекуваните болни. Етиология и патогенеза при тях и влиянието на местоположението на първичния оперативен разрез върху следоперативните форми на болестта; 2. Клинична диагноза и въздействащи фактори; 3. Влияние на броя на операциите и на местоположението на оперативния разрез; 4. Оптимизиране на процеса за оценка, диагноза и лечение на адхезивния илеус; 5. Модифициране на скалата за оценка; 6. Анализ на резултатите и последиците от консервативното и оперативно лечение на собствените пациенти; 7. Споделяне на началния опит от използването на превантивни методи и техники. Проучването е базирано на 167 пациенти, върху които са извършени 180 операции. 13 от пациентите са оперирани повече от един път. Проучването има ретроспективна част за периода 2018 – 2020 и проспективна за 2021 г. В рубрика „Методи“ са изброени диагностичните, патоморфологичните, микробиологичните и статистически методи.

Собствените резултати са разположени в четири основни глави, съответстващи на поставената цел и задачи. Първата глава започва с разглеждане

на демографски данни. Според материала на Първа хирургическа клиника регистрираната честота на адхезионния илеус е 25,8 случая на 100 000 население. Мъжете са 74, жените – 106. При 13 случая се касае за повторно оперирани, което внася дисонанс в някои цифри. Средната възраст за всички оперирани е 66,4 години /най-млад на 24 г., най-стар на 88 години/, демонстриращо уклона към „застаряване“ на патологията. От всички 180 операции при 166 /92%/ има предходна операция, а само при 14 болни /8% / се касае за неоперирани, т.е. срастванията са последица на възпалителен процес. При 121 има 1 операция; 39 са с 2; 15 – с 3; 4 с 4 и 1 болен със седем операции. Най-честата първа операция е апендектомия /45,6%/, гинекологична патология има при 20,56%, а останалите са след най-различни коремни операции в горен и долен коремен етаж. Над 60% от разрезите засягат долен и среден етаж на корема. Старият разрез не е облигатна причина той да бъде повтарян, тъй като може да се касае за коси, трансректални и параректални разрези, които не са удобни за ревизия и дебридман във всички области на корема.

Анализът на субективните симптоми ги подрежда по честота: общ дискомфорт, коремна болка, липса на флатуленция и дефекация, гадене и повръщане. Тази типична клиника е подкрепена от най-честите признаци при обективен преглед: коремна болка, балониран корем, смутена перисталтика, празна ампула ректи при туше. Данни за перитонеално дразнене и дефанс има рядко при ОХК в следствие на перитонит или странгулация. Дисертантът отбелязва, че не е рядкост пациентите да престояват вкъщи, с което забавят диагнозата с дни, дори до две седмици. Често тези пациенти търпят болката, отлагат хоспитализацията, защото имат „опит“ от предходни болкови кризи. Не са отбелязани типични за адхезионния илеус лабораторни изследвания. От образните – в клиниката има разумна практика и натрупан опит с използването на образна ехография, нативна рентгенография на корема и рентгенография с течен контраст, а при диференциално-диагностична нужда – КТ. Тези образни изследвания са посочени с добра диагностична стойност и полза, включително при определяне на показанията за операция.

Коморбидността е важен фактор. При над 80% от оперираните има поне едно придружаващо заболяване. 13 болни /15,5%/ постъпват в крайно тежко състояние, предвестник на бърз летален край. От 100 консервативно лекувани 62-ма са с ASA III, а 13 са с ASA IV, докато при оперираните тези стадии на коморбидност са отчетени при 60%. 54 болни са оперирани в клиниката еднократно, а 13 – двукратно, т.е. 26 операции. Общо взето няма статистическа разлика между двете групи по клинична симптоматика и резултати от образните изследвания.

В следващата трета част на собствените проучвания в кратко въведение са изложени основните принципи при консервативно и опертивно лечение. Предложен е съкратен вариант на диагностично-терапевтичен алгоритъм на базата на модификация на този в Bologna Guidelines. Тази модификация отчитам като

доста по-лесна за клинично използване и може да се приеме за принос на дисертанта. 33 от операциите са планови, 47 – спешни. Дадени са три клинични примера, от които се вижда, че понякога едва при планова операция по повод друга или колеблива диагноза се намират адхезии, които логично обясняват нюанси в клиничната картина и от добавения адхезионен илеус. 77 от операциите са извършени до 5-я ден след хоспитализацията. Средният болничен престой при консервативно третираните е  $3,8 \pm 1,96$  дни, а при оперираните –  $9,9 \pm 5,53$  дни.

За класифицирането на адхезиите по морфологичен вид дисертантът възприема като база 4-степенната класификация по Zuehlke et al /1990/. От първа степен са 21,3% от срастванията, от втора – 31,3%, от 3-та – 16,3% и от 4-та – 27,5%. Тук са класифицирани и три операции, при които няма сраствания – пита се защо са попаднали в групата болни с адхезивна болест? Дисертантът предлага модификация на перитонеален индекс /PAI/, който в опростен вариант се оказва добре работеща и практически полезна конструкция и също приемам за принос. Оказва се, че 37 операции представляват срязване на брид или на 2-3 брида, 31 са тоталните адхезиолизи, а при 12 след адхезиолизата се налага и резекция на черво.

Описаните усложнения по класификацията на Clavien-Dindo са първа степен 15, втора степен – 23, трета и четвърта степен – по 4 и пета степен – 1, т.е. тежките усложнения са не повече от 7. В 25 случая са отбелязани чисто хирургични усложнения – 21 десерозации и 4 случая на лезия на черво. Следоперативните хирургически усложнения са 4: ранева инфекция – 2, междугънъчен абсцес и инсуфициенция на анастомоза – по 1, като към тях трябва да се добави и една съдова тромбоза, последвана от тромбоемболия. Смъртните случаи в рамките до 30 дни са 16 – 9 след консервативно и 7 след оперативно лечение. Прави впечатление, че 5 болни са екзитирали в деня на постъпването, като 4 от тях са оперирани въпреки ясният изход. Освен това причината за смъртта се отчита като неизвестна в 11 случая, вероятно поради липса на аутопсия, а това е вредна за медицината и младите лекари последица на съвременното и на липсата на патоанатоми, като не може да бъде отчетено като пропуск на дисертанта.

Последният раздел представя собствените наблюдения върху използваните превантивни мерки и средства. Отрадно впечатление прави краткият раздел за хирургичните мерки, свързани с намаляване на оперативната травматичност. Представени са собствените наблюдения от приложените профилактични средства, от които при 5 болни те са използвани в миналото, т.е. отчита се късен резултат. При 35 операции в клиниката в 27 случая се прилага антиадхезивен гел, в 5 – двукомпонентно платно, в 4 – кортикостероиди и в 7 – нискомолекулярен хепарин. При част от случаите има комбинация на тези методи. Най-добър ефект се отчита от антиадхезивния гел. Все пак средствата са скъпи и проучванията трябва да се приемат като добри, но начални.

Собствените проучвания завършват с дискусия на 11 страници, която е смислена, на добро ниво, показва интересни заключения и аналитична мисъл.

Дисертацията завършва с 10 извода и 6 приноса /3 с теоретично-научен и 3 с научно-практичен характер/, с които съм съгласен.

Като слабост и грешки на дисертацията мога да посоча:

1. В дисертацията възниква дисонанс в някои цифри поради работата със 180 операции, приложени при 167 болни. Като основа е приета първата цифра, но често в статистическите данни се говори за болни, когато трябва да се отчитат операции.

2. При обсъждане на смъртността неблагоприятно впечатление прави неуточнената причина при 11 души, което е проблем не само за дисертанта. Наред с това неблагоприятен е фактът, че броят на починалите сред консервативно лекуваните е по-голям от оперативно третираните. А причините за това са може би важни за клиниката.

Представен е списък на 5 публикации на дисертантката в научни сборници – 4 на български и 1 на английски език. Д-р Декова е водещ автор във всички. С това са изпълнени изискванията за качествени показатели на МУ – Плевен. Към дисертационния труд е приложен автореферат, в който е съобщена същностната информация за всички насоки на клиничните изследвания и резултати, както и заключенията в изводи и приноси. Той отговаря на изискванията за кратко представяне на академичен труд.

Процедурата и изискванията по нея са спазени във всички необходими етапи.

Д-р Ирина Декова завършва средно образование в математическата гимназия на гр. Плевен през 1994 г. и медицина в МУ – Плевен през 1999 г. Работи като педиатър 3 години, спешна медицина – 3 години, а от 2004 г. започна хирургичният ѝ стаж като ординатор и асистент в ДКЦ и в Катедрата по хирургични болести на МУ – Плевен. Има завършени курсове по лапароскопска хирургия, абдоминална ехография, хранене и ВБИ, както и призната специалност по хирургични болести от 2009 г. През 2008 г. защитава магистратура по „обществено здраве и здравен мениджмънт“. Ползва английски и руски език.

Представеният дисертационен труд е по трудна, но важна за хирургичната теория и практика тема – адхезионната болест. Той е планиран и изпълнен добре, с разнообразна обработка на клиничния материал, качествени заключения, полезна дискусия, обосновани изводи и достатъчно приноси. Това ми дава право да дам положително мнение за присъждане на образователната и научна степен „доктор“ на д-р Ирина Ангелова Декова.

София, 02.03.2023 г.

Подпис: **На основание чл. 59 от ЗЗЛД**

акад. Дамян Дамянов