

Становище

От Доц. д-р Симеон Иванов Димитров, дм

Началник на Клиника по кардиология, „Уни хоспитал“ Панагюрище

Относно: Защита на дисертационен труд за придобиване на научна степен „Доктор на науките“ „Стрес – индуцирана (Такоцубо) кардиомиопатия в България“ на доц. д-р Сотир Тодоров Марчев при Катедра „Пропедевтика на вътрешните болести“, Факултет „Медицина“ към Медицински университет – Плевен. Въз основа на решение на Академичния съвет на МУ – Плевен и Заповед №938 от 24.04.2018 г. на Ректора на МУ – Плевен

От научния секретар на МУ- Плевен получих всички материали за изготвяне на становище (изх. №НС-34/24.04.2018).

Проучването обобщено в дисертационния труд на доц. Марчев е въз основа на 105 случаи на Такоцубо кардиомиопатия в България (Ноември 2005 - Януари 2018). Диагнозата е поставена според критериите на Mayo клиник (1. Транзиторна ЛК дисфункция хипо-; а-; дискинезия на средните сегменти с или без засягане на върха с типично разпростиране на нарушението извън басейна на съответната коронарна артерия; чест, но незадължителен стресов провокиращ момент. 2. ЛК дисфункция не се дължи на обструктивна коронарна болест вкл. усложнена атеросклеротична плака. 3. Нови ЕКГ промени - ST елевация/отрицателна Т вълна; умерено повишение на съречните тропонини. 4. Изключен феохромоцитом или миокардит.)

Пациентите са проследени средно 5 години. Сравнени са с две контролни групи: 1. Гр., пациенти с остър коронарен синдром с ST-елевация и оклузивна коронарна болест с интервенционално лечение. 2. Гр., болни със сърдечна недостатъчност. Тези две контролни групи също са проследени 5 години.

Резултатите на този научен труд за **първ път очертават демографската и клинична картина на Такоцубо синдрома у нас**. Честота 1,4% от пациентите при които е проведено инвазивно изследване по повод съмнение за остър миокарден инфаркт. 78% от случаите са жени на средна възраст 67 години (от 34 до 92 години). В останалите 23% процента от случаите са мъже на средна възраст 62 години (от 27 до 92 години). Пациентите в 66% от случаите постъпват в болница с ST-елевация и със средна фракция на изтласкване 45%. При 7% от пациентите се открива вътрекамерна тромбоза, 2% реализират периферни емболии. В 7% от болните се регистрира вътрекамерен градиент средно 81 mm Hg. При 89% от хоспитализациите е налице апикално балониране, в 8% фокална форма на нарушения на левокамерната кинетика. При 5% е налице среднокамерна форма на Такоцубо синдром (Midventricular Ballooning Syndrome). 51% от пациентите са с чисти коронарни артерии. Два процента са с известна от по-рано исхемична болест на сърцето, на които при хоспитализацията им

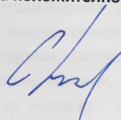
за Такоцубо синдром не се установява динамика в коронарната анатомия. Останалите имат несигнификантни стенози които не могат да обяснят състоянието на пациентите.

Проучването установява **висока честата на съпътстващите заболявания**: 81% предшестваща артериална хипертония; 17% захарен диабет; също толкова (17%) болести на нервната система, включително и мозъчносъдови заболявания; 14%, белодробни заболявания (с вероятно влияние на симпатикомиметиците, използвани за лечение на бронхоспазма); 9%, заболявания на щитовидната жлеза (вероятен ефект на тиреоидните хормони, които стимулират появата на адренорецептори на повърхността на клетките); 8%, придружаващи онкологични заболявания, известни със своя силен психогенен ефект върху пациентите. Тези резултати подкрепят тезата че Такоцубо синдромът е по-скоро патология, а не защитна реакция срещу внезапна смърт при силен стрес.

Проучването установява **вътреболнична смъртност от Такоцубо синдром 4,9%, статистически еднаква със смъртността при остър коронарен синдром с ST-елевация и интервенционално лечение (5,1%)**. За тази висока вътреболнична смъртност допринасят съпътстващите заболявания, на които Такоцубо синдромът, често е усложнение. За пациентите преживели острия стадий, според резултатите на този дисертационен труд, прогнозата при Такоцубо синдром е по-добра спрямо болните преживяли остър миокарден инфаркт или хоспитализирани за сърдечна недостатъчност.

Авторът посочва 11 извода и 9 приноса както и 37 публикации и съобщения, свързани с дисертацията. Смятам, че **особено ценни и оригинални са изводите свързани със сезонността на Такоцубо КМ** (извод 3, преобладаване на новите случаи през втората половина на годината) **и с безработицата**(извод 8; относно връзката на новите случаи на Такоцубо с коефициента на регионалната и националната безработица, фиг. 12 и 13). Интересен е и **изводът опровергаващ т.нар. „протективен ефект“ на диабета върху стрес индуцираната Такоцубо КМ**(извод 4).

Заклучение: В дисертацията си „Стрес-индуцирана Такоцубо кардиомиопатия в България“, в която са анализирани 105 пациенти с това заболяване, доц Сотир Марчев подлага на подробен анализ клиничната характеристика и еволюцията на това заболяване. Основна заслуга и достойнство на работата е, че тя полъхва немалка празнина в представата ни за Такоцубо КМ в България, има ценни оригинални, както и потвърдителни приноси. Смятам, че **предложения дисертационен труд „Стрес – индуцирана (Такоцубо) кардиомиопатия в България“ на доц. Сотир Тодоров Марчев отговаря на всички условия за придобиване на научна степен „Доктор на науките“**. Препоръчвам на уважаемото научно жури да гласува положително!



20.07.2018 г.

доц. Симеон Димитров, дм.