

РЕЦЕНЗИЯ

НА ДИСЕРТАЦИОНЕН ТРУД НА ТЕМА: „АНАЛНИ ФИСУРИ И АНАЛНИ ФИСТУЛИ - КЛАСИФИКАЦИЯ, ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ. РОЛЯ НА СФИНКТЕРНАТА ТОНОМЕТРИЯ ПРИ ИЗБОРА НА ХИРУРГИЧНА ТЕХНИКА И ЗА ОЦЕНКА НА РЕЗУЛТАТА ОТ ПРОВЕДЕНОТО ЛЕЧЕНИЕ” НА Д-Р СЕРГЕЙ ДИМИТРОВ ИЛИЕВ - ОТ МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ-ПЛЕВЕН, УМБАЛ „Д-Р ГЕОРГИ СТРАНСКИ” ЕАД ЗА ПРИДОБИВАНЕ НА ОБРАЗОВАТЕЛНА И НАУЧНА СТЕПЕН „ДОКТОР”

ОТ ПРОФ. Д-Р БОЖИДАР ДИМИТРОВ ХАДЖИЕВ, ДМ, РЪКОВОДИТЕЛ НА КАТЕДРАТА ПО ПРОПЕДЕВТИКА НА ХИРУРГИЧЕСКИТЕ БОЛЕСТИ ПРИ МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ-ПЛОВДИВ

Дисертационният труд на д-р Сергей Димитров Илиев е написан на 182 стандартни машинописни страници и съдържа: заглавна страница и съдържание – 2 страници, въведение – 2 страници, литературен обзор – 50 стр., цел и задачи – 1 стр, материал и методи – 12 стр., резултати – 58 стр., обсъждане – 28 стр., заключение – 1 стр., изводи – 2 стр., приноси – 1 стр. и библиография – 26 стр. Дисертацията е съразмерно структурирана, като е онагледена със 66 таблици и 80 фигури.

Библиографията е от 386 заглавия, от които 103 на кирилица и 283 на латиница. За отбелязване е точното и коректно цитиране особено на всички български автори работили през годините по този проблем. Използваните литературни източници са актуални, като са включени публикации и от 2011 год., но поради естеството на разработката само около 20% от тях са от последните 10 години.

Дисертационният труд на д-р Сергей Димитров Илиев е посветен на важна и актуална колопроктологична тематика, която представлява нерядко важен здравословен проблем и понякога може да доведе до сериозно влошаване качеството на живот и труд.

Значимостта е свързана също с немалката честота на заболяванията проучени в разработката, като по редица въпроси има не съвсем изяснени проблеми от диагностичен и терапевтичен характер.

Литературният обзор е написан компетентно и аналитично, като обхваща всички проблеми свързани с аналната сфинктернонометрия, съответните апарати и техники за това, като е извършено сравнение между различните методики. По отделно задълбочено са разгледани също всички проблеми свързани с класификацията, диагностиката и лечението при аналните фисури и аналните фистули, от което личи добрата

информираност на дисертанта. Литературната справка избягва излишните подробности, а са подчертани редица неуточнени моменти по проблема във връзка с поставените цел и задачи от автора. Компетентно и изчерпателно са представени различните класификации при аналните фистули, пътищата на разпространение на възпалението и прилаганите при тях диагностични методи. Много подробно и аргументирано са разгледани всичките използвани методи за лечение при аналните фисури и фистули, като в редица случаи се прави съпоставка между различните методики, проучени са също честотата на рецидивите и на следоперативната инконтиненция при тяхното лечение.

В литературния обзор на стр. 25 относно приложението на аналната дилатация при аналната фисура е записано цитирам: „Повечето колоректални хирурзи са на мнение, че аналната дилатация няма място при лечението на аналната фисура” и „има риск от развитие на инконтиненция”. Смятам, че има и обективни причини за това не съвсем коректно твърдение, а именно, че голяма част от прилагащите анална дилатация не публикуват своето мнение и становище, като обратно използващите различните видове сфинктеротомия автори се надпреварват да публикуват различни аспекти от този терапевтичен подход. Лично считам, че аналната дилатация си остава един класически и с не малко предимства способ при лечението на аналната фисура, който разбира се не може да се абсолютизира във всеки един конкретен случай. Тя е лесно приложима и няма нужда от селектиране на пациентите за разлика от редица случаи при приложението на вътрешната сфинктеротомия. Накрая на литературния обзор са направени два извода, които макар да са точни и коректни, поради по-обобщаващото значение на думата „извод” е по-добре същата да се замени с думата „заключение”.

Дисертантът си е поставил за цел да проучи сфинктеротонометрията с оглед комплексна пред- и следоперативна оценка при пациенти с анални фисури и фистули, като изработи диагностично-терапевтичен алгоритъм съобразно получените резултати. Така поставената цел е актуална и включва всичките практически аспекти от хирургично естество. Поставените пет конкретни задачи са формулирани правилно, като д-р Илиев в своята разработка се придържа към тях и ги анализира подробно.

В главата „Материал и методи” д-р Сергей Илиев анализира общо 624 пациенти, от които 313 с анални фисури и 311 със анални фистули за 11 годишен период. Извършеното проучване е проспективно, като броят на болните е напълно достатъчен за постигане на поставените цел и задачи. Това от научен аспект е много съществено предимство, като при всички болни е извършено предоперативно и следоперативно попълване на анкетни карти.

Подробно и коректно са описани използваните диагностични методи, приложените методи за сфинктеротонометрия за изследване на сфинктерния тонус, като и методите за оценка на инконтиненцията чрез анкетна карта отразяваща предоперативните данни, а така също на първия и

шестия следоперативни месеци. Тази анкетна карта е базирана на опита на FISI (Fecal Incontinence Severity Index), като правилно е заимствана от тях.

За нуждите на сфинктеротонометричното проучване д-р Сергей Илиев има също съществен принос, като конструира апарат с пет канален балонен катетър и съответна софтуерна програма за анална тонометрия, която съдържа в себе си преимуществата и прецизността на апаратурата за лабораторни изследвания и мобилността на приносимите устройства. Посредством този апарат се регистрира динамично в реално време налягането в аналния канал в покой и при волева контракция.

Съществено предимство при анализа на резултатите е прилагането на съвременни и разнообразни статистически методи подходящи за отделните проучвани въпроси. Представеният материал е достатъчно представителен, както по брой болни, така и като начин на обработка, което е предпоставка за правилни изводи.

В главата „Резултати” по отношение на аналните фисури същите са разпределени по тип, позиция, пол, възраст и приложено лечение. Разгледани са също използваните съвременни терапевтични подходи, като аналната дилатация е приложена самостоятелно при 37 пациенти, а в комбинация с други оперативни методи при 118 болни. При 82 пациенти е приложена латерална отворена сфинктеротомия, а при 18 пациенти е приложена пластика с проксимално лигавично лабмо. Като критерии за рецидив са приети наличието на болка и липса на епитализация в края на първия следоперативен месец. Задълбочено са проучени случаите по брой и тежест на регистрираната постоперативна инконтиненция, при различните видове терапевтични прийоми.

В същата глава „Резултати” аналните фистули са проучени по тип, вид, пол, възраст и приложено лечение. Подробно са разгледани различните оперативни методи самостоятелно и в комбинация при пациенти с анални фистули, както и проявите на следоперативна анална инконтиненция.

В глава „Обсъждане” правилно е посочено, че лечението на аналните фисури е тясно свързано с понижаването на абнормните стойности на аналното налягане в покой. Посочените данни от дисертанта, че след първия постоперативен месец има 16% рецидив при контролирана анална дилатация и който спада до 2,5% след шестия следоперативен месец се нуждаят от повече конкретика и обосноваване. След извършване на открита латерална сфинктеротомия след шестия месец не се установи случай на рецидив. По отношение на извършената пластика от дисертанта с проксимално лигавично лабмо приложена при 18 пациента не се наблюдава рецидив на първия и шестия постоперативни месеци. Тези резултати са повече от отлични, като трябва да споделим, че всяка една пластика в аноректалната област винаги е застрашена с редица рискове.

В същата глава „Обсъждане” са отразени всички налични класификации относно аналните фистули, които в голямата си част трябваше да бъдат отразени към литературния обзор. Съвсем правилно за класификация на аналните фистули е използвана модифицирана

класификация на Паркс. Също така беше необходимо да се извърши по-задълбочена съпоставка между собствените резултати и тези на различните колопроктологични автори, от което да изпъкне личния принос на дисертанта. Категоричното твърдение, че цитирам „Рецидивирването на аналната фистула е по-малкия проблем за пациента, отколкото развитието на аналната инконтиненция след приложеното лечение,” е в по-голямата си част вярно, но не във всички случаи. Много правилно е посочено, че успехът от лечението на аналните фистули е балансът между отличният резултат, рецидива и аналната инконтиненция.

Съвсем закономерно е отчетен положително статистически значим резултат при еластичната лигатура, като от 164 оперирани болни след шест месеца има само 1 рецидив. Отчетените отлични резултати без всякакъв рецидив след 1 и 6 месеца при 35 пластични операции и 26 пломбажа не съответстват на данните от литературата на наши и чуждестранни колопроктолози. Отбелязаният най-висок брой следоперативен рецидив при интрасфигтерните фистули от 5,5% също не е характерно, като по принцип този вид анални фистули са най-лесни за хирургично лечение. Също така отразеният голям брой инкомплектни фистули от 19,3% не съответства на литературните данни, като дори има автори които отричат тяхното съществуване.

Изключително ценна част от научната разработка е проследяването на следоперативната инконтиненция при аналните фисури и фистули, като същата е проследена предоперативно, на 1-вия и на 6-тия месец следоперативни месеци, като за методиката са използвани анкетни карти. Подобно проучване по обем, вид и всеобхватност се прави за първи път в нашата страна, като това е един от сериозните приноси на научната разработка. Точно на това дисертанта трябваше да наблегне, както в частта си за обсъждане, така в окончателните изводи и приноси. Също във връзка с изследване на следоперативната инконтиненция важен съществен принос на дисертанта е конструирания собствен апарат за измерване на сфинктерната тонометрия със съответен софтуерен продукт, но това е доста скромно отразено от него. Уместно би било д-р Илиев да има сертификат за рационализация и/или авторско свидетелство както за самия апарат, така и за използваната методика. На края на глава „Обсъждане” са предложени подробни и аргументирани терапевтични алгоритми на поведение при пациенти с анални фисури и абсцеси.

Направените 10 извода са особено ценни за практиката, от което проличава прецизността и всеобхватният клиничен подход на д-р Сергей Илиев. Изводите са аналитични и ясни и отговарят на целта и поставените съответни задачи.

Посочените общо 6 приноса са напълно верни и нагледно демонстрират научната стойност на направената разработка.

По отношение на научния труд могат да се направят следните забележки:

1. Допуснати са правописни и единични стилови грешки.
2. Липсва конкретика относно обособяването на клиничния материал с включващи и изключващи критерии при пациенти с анални фисури и абсцеси.
3. Извършено е мащабно проспективно проучване на общо 624 пациенти, като при всички тях пред- и следоперативно е попълнена анкетна карта. Сфинктеротонометрия обаче е извършена само при 104 пациенти с анални фисури и при 140 с анални фистули, т.е. при 39% от всичките болни.
4. Липсват критерии за включване и изключване на пациентите с анална фисура и анална фистула подлежащи на сфинктеротонометрично проучване.
5. В някои таблици общият сбор не отговаря точно на 100%, например таблици № 30, 33, 34.
6. Като критерии за рецидив при лечението на аналната фисура е прието само наличието на болка и липсата на епитализация, а не се обективизира дали има в наличие нова или неповлияна анална фисура.
7. Ректовагиналните фистули общо 5 на брой поради своята характерна специфика не трябва да се разглеждат към групата на аналните фистули.

Специално трябва да отбележа много добре подготвения и отпечатан автореферат на дисертационния труд, като от великолепно избраната и представена научна тематика съвсем спокойно можеха да се обособят два отделни дисертационни труда, както следва:

Първи - „Проучване при аналните фисури – класификация, диагностика, лечение и роля на сфинктерната тонометрия при избора на хирургична намеса и оценка на следоперативните резултати.”

Втори - „Проучване при аналните фистули – класификация, диагностика, лечение и роля на сфинктерната тонометрия при избора на хирургична намеса и оценка на следоперативните резултати.”

ЗАКЛЮЧЕНИЕ:

Д-р Сергей Илиев вече е известно име в областта на колопроктологията у нас. Представеният дисертационен труд е по актуален и съществен проблем в областта на хирургията, като материалът дори надхвърля необходимия обем. Същият е анализиран подробно и компетентно, като са използвани прецизни статистически методи, а изводите са конкретно обосновани, от които личи доброто познаване на проблема от дисертанта.

Считам, че така представеният дисертационен труд напълно отговаря на всички изисквания и препоръчвам на почитаемите членове на Научното жури да дадат своя положителен вот за присъждане на образователна и научна степен „доктор” на дисертанта.

04.05.2012 г.
гр. Пловдив

Рецензент:
/проф. д-р Б. Хаджиев, дм/