

## СТАНОВИЩЕ

от

**ДОЦ. Д-Р. СТЕФАН ХИНЕВ ИВАНОВ, д.м.**

Катедра по Анестезиология и интензивно лечение. Мед. Факултет София, Мед. Университет София.

Относно дисертационен труд на д-р Славейко Христов Богданов на тема

**„ОСНОВНИ ПРИНЦИПИ ЗА ПРОВЕЖДАНЕТО НА АНЕСТЕЗИЯ ПРИ УРОЛОГИЧНО БОЛНИ„**

МУ гр. Плевен.

**За присъждане**

**на образователна и научна степен „Доктор“**

**Професионално направление: 7.1”Медицина”**

**Научна специалност „Анестезиология и интензивно лечение”**

**Шифър 03.01.38**

Авторът на дисертационния труд д-р Славейко Богданов е завършил медицинско образование в гр. София и е докторант към Катедра по Анестезиология и Интензивно лечение на МУ-Плевен, с научен ръководител Проф. Д-р Радко Николов Радев, д.м.н.

Дисертационният труд е написан на 199 страници, включващи 34 таблици, 55 фигури и 3 приложения. Библиографският списък съдържа 328 литературни източника, от които 82 са на кирилица и 246 са на латиница.

Дисертационния труд е обсъден и насочен за защита от катедра „Анестезиология и реаниматология“ на МУ – Плевен.

Научното жури е назначено с Решение на АС и Заповед на Ректора на МУ-Плевен.

В литературата многократно са публикувани данни за мястото и важната роля на анестезията и интензивното лечение при урологично болни. В урологията има изключително разнообразие от оперативни процедури – от вродени заболявания до разширени операции с лимфни дисекции и реконструкции. Засегнати са различни възрастови категории болни с разнообразен коморбидитет. Като най-голямо предизвикателство пред анестезиолога се очертава анестезията при големи (разширени) операции на пациенти в напреднала възраст. Всички тези пациенти, засегнати от карцинома на простата и пикочния мехур, са част от онези 1,3 милиона българи на възраст над 65 години, заемащи повече от половината леглодни в болниците и представляващи над 30 % от всички хирургични пациенти.

Това са болни с едно или повече придружаващи заболявания като засегнатите системи са най-често сърдечно съдовата, дихателната и нервната. Предоперативната подготовка ще включва по-често оценка на това как най-добре да се подсили възстановяването на функциите след операция и обсъждане на най-подходящата анестезиологична стратегия. При интраоперативния контрол и поддържане на пациента трябва да се има предвид повишената чувствителност към медикаменти в старческата възраст, както и повишената вероятност за хемодинамична, белодробна и терморегулаторна нестабилност. Аналгезията е важна компонента на постоперативните грижи, но е по-трудна поради повишената вероятност от нежелани последици от аналгетичния режим. Периоперативните усложнения са разнообразни.

Най-значими са усложненията от страна на белия дроб, сърцето и централната нервна система. Те се наблюдават по-често при пациентите в старческа възраст поради взаимодействието на коморбидните заболявания и понижените физиологични резерви.

В литературния обзор дисертантът проследява проблематиката в наша и чужда медицинска литература, като най-подробно разглежда проблематиката на основните принципи за провеждането на анестезията при урологично болни. На базата на литературния обзор са формулирани съответните цели, задачи и изводи.

Целта е добре дефинирана, като задачите са пет на брой и са съставени адекватно и отговарят на поставената цел. Особено ценна е задача 2 - да се проучат и сравнят характеристиките и особеностите на моно- и мулти- модалната обща анестезия при разширени урологични операции, и 3 - да се сравнят и оценят два метода за следоперативно обезболяване.

В дисертационния труд са използвани статистически методи за: Анализ на статистически разпределения; Проверка на хипотези относно разлика между средни величини на две извадки посредством t - критерия на Стюдънт; За изследване на зависимости – дисперсионен анализ; За анализ на динамиката на изследваните показатели – описателен анализ на динамични редове.

В дисертационния труд са включени две групи проучвания: Ретроспективно са проучени 129 мъже оперирани в УМБАЛ „Д-р Георги Странски“ ЕАД в периода 2013-2015 год. с големи урологични интервенции в малкия таз (радикална простатектомия и цистектомия) по отношение на демографски показатели и придружаваща патология. Проспективно са разгледани 2 групи пациенти – 1ва група с обща инхалационна анестезия и 2ра група с комбинирана (мултимодална) –интубация, съчетана със спинална и епидурална анестезия за извършване на разширени урологични хирургични интервенции в малкия таз (радикална простатектомия и цистектомия). Следоперативната аналгезия е извършвана както следва – при 1ва група–НСПВС, спазмолитици и опиоидни аналгетици, а при 2ра група– НСПВС и епидурална аналгезия.

Към ретроспективното проучване са разгледани Историите на заболяванията на 129 пациенти, оперирани в отделението по Урология към УМБАЛ „Д-р Георги Странски“ ЕАД, от които 34 цистектомии и 95 простатектомии за период от 3 год. От анамнестичните данни и данните от клиничните изследвания бяха анализирани придружаващите заболявания, разделени по системи. В проспективното изследване бяха включени 58 пациенти, оперирани по повод карцином на простатата и карцином на пикочния мехур. 24 от тях бяха оперирани под обща инхалационна анестезия, а 34 под комбинирана (мултимодална) обща интубационна, съчетана със спинална и епидурална анестезия. Оценяването на предоперативния анестезиологичен риск бе извършено по ASA скала. Използвани бяха анамнестични, клинични, лабораторни и инструментални методи за оценка придружаващите заболявания и функционални резерви. Анестезията е провеждана по следния протокол: обща инхалационна анестезия и комбинирана (мултимодална) анестезия.

Резултатите са представени графично и таблично. От тях е видно, че съществува връзка между тежестта на заболяването и видът на анестезия.

От направените изводи:

- 1.Броят на хирургичните интервенции, свързани с разширените урологични операции в малкия таз се увеличава като централно място заемат пациентите на възраст над 65години.
- 2.Пациентите в урологичната клиника имат средно 1,6 придружаващи заболявания и приемат редовно средно 3 медикамента.
- 3.Анестезиологичният риск напациентитев урологичната клиника средно е 2,5по ASA.
- 4.ММА показва статистически значими по–ниски средни стойности на Систолното АН (с 12), Диастолното АН (с 7), СрАН (с 9) и обемния процент на инхалационния анестетик (с

0.2%). Средните BIS стойности, от друга страна са по-високи с 5 ед, но остават в препоръчаните равнища. Средната доза на Propofol за увод в анестезия в ММА е средно с 0.7mg/kg тегло по-ниска спрямо тази в групата на ОТоест ММА позволява по-ефективно избягване на значителното задълбочаване на анестезията и оптимизиране на интраоперативното обезболяване.

5. При ММА се осъществява по-добра интраоперативна аналгезия, базирайки се на хемодинамичните показатели. Употребата на опиоиди значително се редуцира при използването на мултимодалната анестезиологична техника.

6. По-добър контрол на постоперативната болка се наблюдава при аналгезия чрез използването на епидурален катетър и постоянна инфузия на локален анестетик в комбинация с опиоид. При използването ѝ се установяват по ниски стойности на VAS скалата, по-добри динамични параметри на дишането и значително по-малки количества Морфин за допълнително обезболяване при инсуфициентна аналгезия.

7. Пациентите с мултимодална анестезия показват по-добра дихателна функция следоперативно и въпреки липсата на данни за ползите от лумбалната епидурална аналгезия върху постоперативните усложнения на дихателната система, тя най-вероятно има протективен характер при пациентите с разширени урологични хирургични интервенции.

8. Ултразвуковата оценка за дълбочината на епидуралното пространство е бърза, достъпна и надежна. Тя улеснява осъществяването на епидуралната пункция като има превантивен характер, свързан с някои нежелани събития.

9. Неуспехите, свързани с епидуралната катетърна аналгезия, са свързани до голяма степен с недоброто позициониране на катетъра. Това може да бъде свързано с дълбочината на неговото въвеждане. КАТ оценката за позиция на катетъра е златен стандарт, но предполага лъчево натоварване, транспортиране на пациента и следва да се извършва само при селектирани случаи.

10. Малпозицията на катетъра е причина за неуспех на епидуралната аналгезия. 4 спрямо 6 см дълбочина на епидуралния катетър показва по-добро позициониране и значително по-малък процент на малпозицията му.

11. След стартирането на нашето изследване и въвеждане на робот-асистираната хирургична техника болничният престой на пациентите, оперирани по повод карцином на простатата и пикочния мехур, намаля с 1,5 дни.

Приноси и практически препоръки:

1. Създаден и приложен на практика е алгоритъм за мултимодална анестезия при разширени урологични операции.

2. На базата на литературния обзор и резултати от собствени проучвания е разработен протокол за цялостно поведение при разширените урологични хирургични интервенции в малкия таз.

3. За пръв път в България е приложен КАТ контрол на позицията на епидуралния катетър и са оценени предимствата и недостатъците на метода.

4. Обобщеният практически опит и събраният снимков материал са добро помагало за обучение и по-нататъшни научни разработки.

5. Потвърдена беше ефикасността на ехографската оценка на дълбочината на гръбначномозъчните структури, приложена за пръв път в България в УАГБ „Майчин дом“ гр. София от д-р Атанас Сабахов и проф. д-р С. Георгиев.

Публикациите и участия в конгреси и конференции свързани с темата са осем на брой.

В заключение считам, че представеният ми за становище дисертационен труд е напълно завършен, което ми дава основание да гласувам положително за присъждането на образователната и научна степен "ДОКТОР" на д-р. Славейко Христов Богданов.

23.01.17г.

ДОЦ. Д-Р. СТЕФАН ХИНЕВ ИВАНОВ, д.м.

София





