

## РЕЦЕНЗИЯ

на дисертационния труд: Възможности за мониториране на лицевия нерв при операции на ухо

представен от д-р Стефан Иванов Мирчев

от проф. Стефан Радославов Лолов, ИБИР-БАН

„Cave nervi facialis“ Този постулат е основен в ушната хирургия и няма сериозен учебник, в който на уврежданията на лицевия нерв да не е посветен специален раздел. Ятрогенните травми на тази структура са рядко срещани, но неизбежни. Доброто познаване на анатомията и нейните вариации са предпоставка за избягване на нерва и на съответните усложнения, но необоснованият страх от работа в една "гореща зона" е причина за недостатъчна радикалност и в крайна сметка, за лош дългосрочен резултат. Решението е **работа в непосредствено съседство с нерва**, чрез целенасоченото му "търсене, а не откриване" с помощта на т.нар. анатомични маркери. Наличието на вариации - вродени и резултат на заболяването, и предшестващи интервенции създава специфична група пациенти, при които добрите анатомични познания и опит не са достатъчни за избягване на нерва - именно това е целевата група подлежаща на **интраоперативно мониториране**. Дисертантът разширява понятието мониториране, като включва още една група - всички пациенти, при които има **съчетаване на ушна патология и засягане на лицевия нерв**, и съответно представляват проблем от диагностична и прогностична гледна точка.

**Уводът** акцентира върху медицинската значимост на проблема, въпреки че преминава в резюме на целия дисертационен труд, което не е необходимо. Този раздел правилно е фокусиран не просто върху ятрогенната увреда на лицевия нерв, е върху предпоставките за такава и необходимостта да се проследяват функциите както интраоперативно, така и пред- и пост-оперативно.

**Литературният обзор** започва с исторически преглед, който по традиция стартира с древността, но реално следва да обхване само последните 200 г. С основание се дискутират индикациите за прилагане на интраоперативно мониториране и честота на действителното му провеждане. Приятно впечатление прави трезвата оценка, която може да се резюмира като - добре е мониториране да се прилага при определени случаи, без метода да дава пълна гаранция за оператора. Следва поредица от кратки обзори за особености на лицевата пареза/парализа при конкретни нозологични единици в областта само на отологията. Обзорът завършва със задължителното обобщение и мотивировка за формулиране на целта и задачите.

Нямам забележки по набелязаната „**цел**“ - тя е съвсем конкретна. Формулирани са четири **задачи**, като приемам последната по скоро за своеобразна хипотеза, върху проверката на която се базира всичко останало.

Дисертацията принципно е методична разработка, но въпреки това **работата силно се отдалечава от структурата на класическия дисертационен труд**.

След дефиниране на целта и задачите присъства малко необичаен "раздел" наречен **Теоретични основи на темата**. В него авторът разглежда много



важни за отохирургията ембриологични и анатомични положения, в които отражение намират и негови лични проучвания. Касае се за похвална "exercitatio anatomica", която обаче не може да конкурира добре написан анатомичен текст, респективно няма място в ръкописа. Посочените вариации в хода на n. facialis, обаче са много важни и съществени - добре е да бъдат представени дори в по-големи подробности, евентуално в литературния обзор, защото пряко са свързани с темата на ръкописа. В добре балансиран обем са обяснени факти от електрофизиологията на нервната възбудимост, уврежданията на лицевия нерв като локализация, причина, степен и прогноза. Посочени са конкретни електромиографски критерии за провеждане на декомпресия (стр. 66).

Несъмнено темата за ниво диагноза е изключително важна, и макар да е от компетентността на колегите невролози, включването и в дисертационния труд е удачно. Представена е в разумен обем.

Названието на отологичните операции е деликатна тема и желанието на д-р Мирчев точно да формулира провежданите от него интервенции е похвално. Напълно приветствам идеята да се следва класификацията и терминологията, предложени от M. Tos. Достатъчно е обаче само да се цитират атласите на този автор, без да се налага да се преразказват. Таблица 3\_1 е едно добро решение съвсем сбито да се представят индикациите за видовете хирургичен достъп.

**Резултатите** са структурирани съгласно формулираните задачи. Те са съвсем конкретни (въпреки, че неоправдано са наречени "изводи") - част от тях изглеждат общовалидни и поради това - ценни за практиката. (Някои от резултатите (3,4) са силно повлияни от извадката пациенти и индивидуалния подход на автора - не ги поставям под съмнение, но имат само лична/локална/временна стойност.)

Някои от резултатите са представени като конкретни клинични примери, което несъмнено е интересно. Разбира се, откриват се важни в клинично отношение непълноти (напр. състоянието на "здравото ухо", лабораторните данни за "възпалителен процес", заключение на специалист невролог), но един автор никога не може предварително да прецени какво ще е от интерес за читателя и това по никакъв начин не омаловажава описанията.

Примерът с постоперативната ятрогенна лицева парализа на фона на интраоперативно мониториране е силно смущаващ, но много показателен. Добре е да се посочат конкретни изводи, не само за апаратурната "недостатъчност" и практическото значение на натрупания хирургичен опит (изводи NoNo 8,9 стр. 171-172), но и за всички мероприятия по лимитиране на отговорността - пред- и пост-оперативна регистрация и документация, адекватно информирано съгласие. Чест прави на докторанта, че ни запознава в детайли с неприятно, но неизбежно за всеки работещ хирург усложнение.

Формулираните като задача/резултати „No4“ пет алгоритъма реално са обсъдени в различни части на раздели „литературен обзор“ и „теоретични основи...“. Както вече отбелязах, това е най-съществуващият клиничен принос в дисертацията.



**Авторефератът** пълно отразява основните моменти от дисертационния труд. В **списъка с литература** по един колкото стар, толкова и актуален проблем е постигнат разумен компромис между класически и нови публикации, включително в цитирането на български автори.

**Фактологични забележки:**

1. Не съм съгласен с твърдението, че оперативните интервенции в зоната на средното ухо се увеличават през последните години. Напротив, именно липсата на хирургичен опит сред редовите оториноларинголози, резултат на ефективна и навременна медикаментозна терапия, става причина за появата на малък брой, но често "комплицирани" случаи. Усещането на д-р Мирчев за голяма честота на тези пациенти е резултат на заеманата от него ключова позиция по отношение на един специфичен пациенто-поток и гаранция за нас, че наблюденията му са пожънати от реалната практика и поради това - особено ценни.
2. Авторът защитава класическото схващане, че епитимпаналната перфорация е "опасна", а мезотимпаналната "не" (стр. 133) - становище, с което не мога да се съглася.
3. Терапията с витамин В и съдоразширяващи при всички пациенти не е мотивирана и спорна.

**Забележки по структурата и съдържанието:**

4. Таблица 2-2, фигури 2-1, 2-2, 2-3, 2-5, 2-6, 5-1, 5-2, 5-3, 5-4, 5-5, 5-6, 5-7, 5-9, 5-14, 5-18 са излишни, доколкото повтарят написани в сновния текст факти.
5. "Нашето наблюдение е, че използването на мониторираща система..." (стр. 27) - няма място в обзор - това е за резултат или обсъждане.

**Стилистични забележки:**

6. Изразът "средно ухо и мастоиден израстък" (стр. 14) е популярен, но неточен - важно е да се прилага съвременната анатомична концепция за "триединство на средното ухо" - протимпанум, тъпанчева кухина и мастоидна клетъчна система - така подсъзнателно се подпомага правилното клинично мислене;
7. Няма *plica malleolaris* (поне до колкото се простират анатомичните ми познания), а *plica mallearis* - обичайно се бъркат сроднозвучащите названия за "чукче" и "глезен" - сравнително популярна грешка (стр. 50);
8. Всички "латински" анатомични названия следва да се изписват на латиница;
9. Среща се поредица от "странни" изрази, вероятно в резултат на изпуснати думи или недопустима употреба на професионален жаргон ("превенция...на нерва" стр. 104; "звукът на нормалните акционни потенциали" стр. 113; "интерфейса на пациента" стр. 117; "борене"; "дрилене" стр. 139.



10. При оформянето на цитиранията вероятно не е използвана автоматизирана библиографска система, което е причина за някои непълноти и разностилие.

### Заклучение

Първоначално бях скептично настроен към актуалността на темата на дисертационния труд. Подробното запознаване с текста, материя с която се предполага, че борави всеки невролог и ушен хирург, ме убеди, че сериозността на проблема и натрупаните знания, и нови технологични методи, предполагат създаването на специализирани диагностично-терапевтични интердисциплинарни екипи. Макар да не е конкретно формулирано в дисертационния труд, този извод е основен принос на д-р Мирчев.

Голяма част от отправените на "вътрешната" защита забележки са съобразени. Готов съм да приема, че несъобразяването с останалите е проява на задължителното за всеки изграден специалист лично мнение. Писменият текст има редица слабости като структура, но "литературните несъвършенства" не омаловажават съдържанието - всички важни за проблема факти са отразени и коментирани.

Въпреки, че условно дисертацията е подготвена в периода 2012-2016, предпоставка за нейното разработване са дългогодишен личен опит на дисертанта с отохирургията. Когато става дума за научен труд насочен към практиката, емпиричните наблюдения имат особено важно значение, а споделянето на личен опит (резултати) е не по-малко ценно от провеждането на метаанализ (литературен обзор и обсъждане). Ето защо, като се изключат някои козметични особености, каквито се срещат в по-голяма или по-малка степен във всеки дисертационен труд, работа на д-р Стефан Мирчев има несъмнена теоретична и практическа стойност, поради което **убедено препоръчвам да му бъде присъдена образователната и научна степен „доктор“**.

събота, 29 юли 2017 г.

Подпис: