



## СТАНОВИЩЕ

за дисертационен труд

### СЪВРЕМЕННО ХИРУРГИЧНО ЛЕЧЕНИЕ НА УСЛОЖНЕНИЯ КОЛОРЕКТАЛЕН КАРЦИНОМ

на

**Д-Р ЕМАНУИЛ ЙОРДАНОВ,**

Асистент в Медицински Факултет на Медицински Университет Пловдив

от

**проф. Илия Петров Лозев д.м.н.,**

Началник Клиника по обща, коремна и съдова хирургия при МИ-МВР,  
София

В сравнение с плановите оперативни интервенции, спешното оперативно лечение на колоректалния карцином е съпроводено с влошена прогноза, ниска 5 годишна преживяемост/между 12% и 31% при болни с дебелочревна обструкция/ и повишен брой рецидиви при перфорации. Колоректалният карцином се проявява като спешност при 7% до 40% от болните. Най-често се проявява с обструкция /8-40%/ или перфорация/2%-10%. Кървенето при КРК заема около 10% от случаите с кървене от долният отдел на гастроинтестиналният тракт. Лечението на илеуса и перфорацията при колоректалния карцином е трудно, поради клиничната тежест, и диагностиката и лечението едновременно на сепсиса и онкологичното заболяване. Съществува разнообразни хирургични и ендоскопски процедури които редуцират риска от усложнения при спешната онкологична колоректална хирургия. Хирургът трябва да вземе адекватни клинични и онкологични решения, вариращи от отбременяваща колостома, до парциална резекция или колектомия в един или няколко етапа. Обемът на резекция на колона при усложнения КРК варира от ограничени сегментни резекции до колектомия.Тъй като спешните операции са високо рискови, акцентът при извършването на онкологичната дисекция и радикална хирургия е различен от този при плановите операции.

Малко са проучванията, оценяващи предоперативния риск на тези болни, с оглед определяне на показанията, срока и вида операция и потенциалния риск от следоперативни усложнения, леталитет, локални и далечни рецидиви.

Това прави темата на дисертационния труд на д-р Е. Йорданов „СЪВРЕМЕННО ХИРУРГИЧНО ЛЕЧЕНИЕ НА УСЛОЖНЕНИЯ КОЛОРЕКТАЛЕН КАРЦИНОМ“ актуална, полезна и сполучливо избрана.

Усложненият КРК има глобално социално икономическо значение с негативен ефект. Спешното хирургично лечение на усложнения колоректален карцином увеличава следоперативните усложнения, смъртност, болничен престой и разходи. Честотата на курабилните спешни резекции и 5 годишната преживяемост са ниски, обратно пропорционални на нарастващия брой стоми. Съществуват все още малко анализи за стойността на спешните КРК резекции, но по обобщени данни 90% от стойността се разходва за лечение, в сравнение с диагностиката и проследяването.

Интерпретацията на фактите, статистиката, резултатите и анализът на публикациите по въпроса доказват, че не всички елементи на техниката на спешните колоректални онкологични резекции и анастомози са стандартизирани. Личният опит влияе на резултатите поради липсата на стандарт. Въвеждането на стандартизирана техника ще оптимизира резултатите в спешната резекционна колоректална онкохирургия, ще се минимизират субективните неуспехи, както и вариабилността на различните индивидуални или експериментални методики. Проблемът е актуален не само за България.

Проучването на д-р Е. Йорданов анализира клиничен материал от 165 пациенти със заболявания на колона и ректума, оперирани спешно в Клиниката по Специална Хирургия на УМБАЛ “Свети Георги” ЕАД Пловдив и Медицински Факултет на Медицински Университет Пловдив за 8 годишен период - 2010 – 2018 година. Клиничният материал от 165 болни е разделен в две основни групи 20 лекувани в КАИЛ и 145 в клиниката.

Извършени са 15 вида операции с различни модификации.

За всеки пациент, включен в проучването, е създаден протокол за наблюдение, заедно с всичката налична медицинска документация; Епикриза; Документ за предоперативна оценка на хирургичния пациент според общо приетата класификация ASA; Оперативен протокол - начало и край на операцията и описание на процедури и етапи и допълнително изискано насочено описание от оператора (асистента) за етапи и процедури; Документ за следоперативното състояние и усложнения при пациента; Собствен оригинален протокол изготвен за проучването

Характеристиката на болните по отношение на пол, възраст, показва разлика едва от около 4% в разпределението по възраст и широк възрастов диапазон на болните – 27 – 92 години, с доминиране на напредналата и старческа възраст – средна възраст 67 години. Две трети от пациентите са с наднормено тегло, което е доказан периоперативен риск - BMI > 25. Водеща роля по отношение на коморбидитета играе захарния диабет 35.45%. Повече от половината от болните – 51.71% са в четвърта група по ASA, а тези с приемлив и нисък риск / I и II група / са само 13.7%. Водещо усложнение при УКРК е обструкцията, n=91, 56.4%.

Най-честата локализация на УКРК е сигмата/n=66/. Водещите усложнения - илеусът и перитонитът се проявяваха по-често през деня. Сезонната честота на усложнения колоректален рак е респективно - 33.94%/n=56/ през зимата, 26.06%/n=43/ - през пролетта, 22.42%/n=37/- през лятото 17.58%/n=29/ - през есента.

Значим е дялът на стандартизираните резекции и анастомози при: Дясна хемиколектомия – 71; Лява хемиколектомия – 62; Резекция на сигмата – 16; Обструктивна резекция по Хартман. Статистически най-значим рисков фактор за усложнения при КРК са хемотрансфузията. Други значими фактори са кардиопатиите, хипопротеинемията, продължилото над 2 часа оперативно време, наличието на асцит и възрастта над 65 години. Общата честота на клиничните инсуфициенции е 10.91 %. Причини за леталния изход са перитонит, белодробна тромбемболия и остра сърдечно-съдова недостатъчност. Релапаротомииите са 4 (2.1%), като едната е поради постоперативно кървене. Две са реинтервенциите по повод на перитонит. Среден болничен престой на пациентите е 9 дена (6,0-15,0; SD-1.80).

Проученият материал, е достатъчен по обем и позволява надеждна статистическа обработка и достоверни резултати. Подборът на пациентите и изследванията са реализирани по общоприетите стандартни методи.

**Критични бележки към кандидата.** Не съм съгласен с твърдението на кандидата, че при карцином на десния хемиколон, операцията включва „мобилизиране на дуоденума с част от главата на панкреаса и мезентериалните съдове до началото на a. mesenterica sup. за оптимално представяне на съдовете“. Не е необходимо толкова високо представяне на a. mesenterica sup, тъй-като над устието на a. colica media се намират още долната панкреато-дуоденална артерия и първата йеюнална артерия. Тази дисекция е много травматична и излишна.

Не съм съгласен и с твърдението на кандидата, че „при ТМЕ при карцином на ректума се извършва остра дисекция под визуален контрол между париеталния и висцералния лист на фасциите на таза, медиално от тазовите симпатикови и парасимпатикови нервни плексуси“. Според класическите анатомични и ембриологични проучвания между ректалната фасция покриваща задната повърхност на ректалната адвентиция и париеталната фасция покриваща тазовата повърхност на кръстцовата кост се намира отделен трети /междинен/ съединителнотъканен слой. Той е тазово продължение на ретроперитонеално разположената съединителна тъкан, обхващаща бъбреците, уретерите, надбъбречните жлези, големите кръвоносни съдове /аорта и долна куха вена/ и вегетативните нервни сплетения.

Отчитайки важното значение на латералната дисекция при мобилизацията на ректума за онкологичните резултати и съхраняването на тазовите вегетативни нерви, считам, че терминът „странични връзки на ректума (латерални лигаменти)“ се използва в номенклатурата на хирургичната анатомия на съединителнотъканните тазови структури с всичките условия на съществуването на лигаментоподобна структура странично от ректума, но при липса на медиално издърпване на ректума при страничната дисекция не се установява лигаментоподобна структура странично от ректума, а адхезия (прилепване) на ректалната фасция към урогениталната фасция в областта на долното хипогастрално сплетение.

Относно „Отпрепарирането зад фасцията на Denonvilliers (ректогенитален септум) е остро до горния полюс на простатата“. Между ректума и урогениталните тазови органи се намират съединителнотъканни структури, които се означават със сборното наименование ректо-урогенитален септум. Ключово място в него заема перитонеоперинеалната фасция (фасцията на Denonvilliers). В понятието ректо-урогенитален септум се включва не само перитонеоперинеалната фасция, но и всички съединителнотъканни и фасциални структури между ректалната мускулна стена и органите на отделителната и половата система.

Относно детайлът от ТМЕ „Вентрално перитонеумът се ексцизира на 1 см пред excavatio Douglasi и мехура или матката с ретрактор се придръпват напред“. Когато се извършва преректалния план се преминава през преректалното пространство, зад перитонеоперинеалната фасция. Перитонеумът на ректалномехурната вдлъбнатост при мъжа, респ. ректалноматочната вдлъбнатост при жената, се прерязва напречно в най-

ниската си част. Така се прониква между ректалната фасция и перитонеоперинеалната фасция, тъй като фасцията на Denonvilliers се залавя към предната стена на перитонеалната вдлъбнатост.

Дисертационния труд е написан на 136 стандартни страници.

Изследванията, във връзка с дисертационния труд, са извършени в Клиниката по Специална Хирургия на УМБАЛ “Свети Георги” и Медицински Факултет на Медицински Университет Пловдив. Трудът, е структуриран правилно и съдържа следните части: увод, литературен обзор, епидемиология на КРК, усложнения на КРК, диагностика на УКРК, рискови фактори при УКРК, стадиране на КРК, тактика при лечението на УКРК, принципи на хирургическото лечение на УКРК, лечение на перфорирал КРК, лечение на обструктивен КРК, лечение на левостранен обструктивен КРК, лечение на десностранен обструктивен КРК, тактика при болни в тежко състояние, онкологични принципи при УКРК, тотална мезоколична ексцизия/ ТМЕ, дисекция на висцералния от париеталния перитонеум, дисекция на висцералния от париеталния перитонеум, лимфна дисекция на колона, проксимално лигиране на хранещите съдове, тотална мезоректална ексцизия/ТМЕ разширени операции при КР, антибиотична терапия, усложнения и леталитет, стандартизация на оперативните техники, актуалност на проблема, цел и задачи, методи и материал, резултати, обсъждане, изводи и приноси, заключение, библиография.

Направени са 13 извода и са посочени 7 приноса. Библиографската справка съдържа 256 литературни източника – 15 са на кирилица, 241 са на латиница. Основните библиографски справки са след 2012 г., повечето са от съвременни чуждестранни автори.

Дисертационният труд на д-р Е. Йорданов, е добре подреден и онагледен, четете се много леко. Стилото издържан и без много правописни грешки.

Д-р Е. Йордан, е представил 3 публикации във връзка с дисертационния труд, като във всички, той е водещ автор.

След като се запознах в детайли с дисертационния труд на д-р Е. Йорданов, смятам, че трудът е дисертабилен, новаторски, и ще ползва хирурзите от страната в тяхната ежедневна работа. Авторът има безспорни качества, доказани в неговата ежедневна хирургична практика във водещо лечебно заведение, поради което си позволявам да препоръчам на уважаемите членове на научното жури да го одобрят и да присъдят на д-р Емануил Йорданов, образователната и научната степен „ Доктор“.

София, 17.06.2020 г.

Проф. И. Лозев, д.м.н.

