

До Докторантско училище
Съгласно Заповед № Р-109-274 / 20.06.2025г.
на Ректора на М У - Варна

РЕЦЕНЗИЯ

на дисертационния труд

“Особености на екзокринната панкреасна функция след дуоденопанкреатична резекция по повод на аденокарцином”

на д-р Николай Веселинов Николов,
Докторант към Катедра по хирургически болести, МУ - Варна
за присъждане на ОНС **“доктор”**
по научната специалност **Хирургия – 03.01.37.**

Рецензент: проф. д-р Росен Евгениев Маджов, д.м.н.
Катедра по хирургически болести
Медицински Университет – Варна

Дисертационният труд на д-р Николай Николов третира сериозен и важен клиничен проблем – Особенности на екзокринната панкреасна функция след дуоденопанкреатична резекция по повод на аденокарцином.

Панкреасният аденокарцином заема четвърто място като причина за смъртност от всички онкологични заболявания, като преживяемостта е на последно място, сравнена с останалите видове неоплазми и остава непроменена през последните 40 години. Панкреатодуоденектомията е единственият лечебен метод, осигуряващ потенциално излекуване на тази група болни. Въпреки агресивните съвременни техники за интервенция, само 10% от тези новооткрити пациенти с тази патология могат да бъдат оперирани радикално по време на диагностицирането им.

Постоперативните усложнения са една от водещите причини за влошаване на очакваната преживяемост след дуоденопанкреатична резекция по повод аденокарцином. Изборът на техника за реконструкция трябва да се прилага строго индивидуално, като се прецизира степента

на панкреасна фиброза преди интервенцията посредством образни методи за изследване (КТ и МРТ на абдомен), както и интраоперативно от оператора. Техническата възможност за извършване на пилоросъхраняваща панкреатодуоденектомия в комбинация с избор на анастомотична техника са до голяма степен свързани с постоперативната екзокринна функция на панкреасния остатък.

Екзокринната панкреасна функция след панкреатодуоденална резекция е от изключително значение в много направления. Проучванията върху екзокринната функция на панкреаса според вида на реконструкция са с противоречиви резултати и в литературата е слабо застъпена. Различните проучвания на водещите автори в панкреасната хирургия върху отношението на използваната анастомотична техника към ранните постоперативни усложнения са също разнопосочни.

Дисертационният труд е написан на **118** стандартни страници. Библиографската справка включва **258** заглавия (повечето от последните 10-15 години), от които **5** на кирилица и **253** на латиница. Онагледяването е осъществено **43** таблици и **39** фигури.

В литературният обзор са разгледани: историческите данни, епидемиология, етиология, клиничната картина, съвременните методи на диагностика, оценка на преоперативната екзокринна функция, лечение, отношението на екзокринната панкреасна функция към хирургичните резултати и общата преживяемост.

Дисертантът като цяло познава много добре проблема - цитирани са много водещи автори и школи, занимаващи се с проблемите на дуоденопанкреатичната резекция и възможните усложнения.

Авторът си поставя за ЦЕЛ:

"Да се проучи екзокринната функция след панкреатодуоденална резекция по повод неоплазми, следоперативната преживяемост, качеството на живот, връзката между малдигестията, туморния растеж и метастазирането, както и корелацията между видовете реконструктивни техники (панкреатогастро- и панкреатойеюноанастомоза) и ензимната активност".

Общата цел е добре формулирана с оглед на цялостния дисертационен труд. За постигането на основната цел авторът си поставя следните **5 задачи**:

1. Да се проучи демографската и клинична характеристика на изследвания контингент от болни.

2. Да се установят най-подходящите методи за оценка на екзокринната функция след панкреатодуоденална резекция и степента на достоверност при употреба на образна диагностика и интраоперативната констелация на жлезата като показател за екзокринна функция.

3. Да се проучи честотата на екзокринна дисфункция след панкреато-гастроанастомоза и панкреатойеюноанастомоза и честотата на покриване на главния панкреатичен канал от стомашна лигавица при използване на панкреато-гастроанастомоза като метод на реконструкция.

4. Да се проучи честотата на следоперативните усложнения след панкреатогastro- и панкреатойеюноанастомоза, както и ефекта им върху панкреасния жлезен резерв.

5. Да се проучи взаимовръзката между ензимната инсуфициенция с прогресията на туморния процес и влиянието на екзокринната недостатъчност след панкреатодуоденална резекция върху преживяемостта и качеството на живот.

Задачите са добре формулирани и развитието на дисертационния труд следва тяхното изпълнение.

Обект на проучването са **92** пациенти с аденокарцином на главата на панкреаса, от общо 121 осъществени дуоденопанкреатични резекции по повод на неоплазми хоспитализирани в Клиника по хирургия на МБАЛ – Варна към ВМА, през периода 2017 – 2022г.

Подборът на пациентите е извършен по възраст, пол, размер на тумора, хистологичен вариант, резекционна линия. Критериите за подбора на болните за целите на проучването са разделени на включващи (TNM стадий 1-2B, сътрудничество от страна на пациента, наличие на предварителни данни от рентгенологични и лабораторни изследвания, R0 резекция) и изключващи (нерезектабилни тумори, метастатични тумори).

Използвани са клинични, лабораторни, образни, инструментални и статистически методи, както и подробно са разгледани хирургичните аспекти на панкреасния дренаж според вида реконструкция.

Обсъждането на пациентите от мултидисциплинарен екип с цел определяне на операбилност и стратегия за лечението на случаите е от

изключително важно значение за благоприятния изход от лечението на тази група болни.

Използването на КТ корем със скенеграфски протокол за панкреас като първи метод на избор, с последващо извършване на МРТ на корем при съмнение за генерализиран процес или иноперабилоност е златен стандарт за екзактната диагноза.

Най-честите клинични прояви на аденокарцинома на главата на панкреаса са механичен иктер в около 80% от случаите, болка, хроничен панкреатит; редукция на тегло, нарушена екзокринна и ендокринна функция на панкреаса. При пациентите с тежка екзокринна недостатъчност авторът докладва значимо увеличение в честотата на хематогенно метастазиране и локално рецидивирание в сравнение с болните с умерена инсуфициенция или нормална функция на панкреасния остатък.

Водещата причина за развитие на постпанкреатектомична екзокринна недостатъчност е предоперативната обструкция на главния панкреатичен канал и подлежащия хроничен панкреатит. Оперативната намеса нарушава механизмите отговорни за секрецията на задстомашната жлеза, като релативно е налице и загуба на панкреасен паренхим. Постоперативно влияние върху тези процеси оказват панкреатичните фистули, постоперативния панкреатит, както и интраанастомотичната обструкция на панкреасния канал. При пациентите подложени на панкреатогастро анастомоза благоприятно влияние върху действието на панкреасните ензими оказват буфериращите свойства на храната, като този ефект е по-осезаем при пилоросъхраняваща операция.

В резултат на внимателния анализ на литературните данни, както и в резултат от интерпретирането на собствените клинични данни, авторът и колектива на клиниката отчитат панкреатогастроанастомозата като предпочитан метод за реконструкция поради по-нисък дял на тежки постоперативни усложнения в сравнение с панкреатојеюноанастомозата, по-кратък болничен престой, по-добра екзокринна функция, подобрена преживяемост и качество на живот. Изграден е алгоритъм за извършване на контролна гастроскопия след реализирана панкреатогастро анастомоза, поради склонност за покриване на анастомотичната повърхност от стомашна мукоза.

Отчетена смъртност в първия следоперативен месец е нулева, през втория следоперативен месец е отчетана 4,30% в ПГА групата и 6,50% от реконструиранияте чрез ПЙА. През третия постоперативен месец се наблюдава удвояване на смъртността, като в ПГА-групата е отчетна 13%, а при ПЙА-групата 15,20% от пациентите.

Изводите – общо шест на брой са добре формулирани и те отговарят на решаването на основната цел и задачите, които си е поставил докторанта.

Приносите – които дисертантът е извел в края на дисертационния труд (общо пет на брой), са с научно-приложен характер и са резултат от дейността лично на дисертанта, както и от колектива на Клиника по хирургия на МБАЛ – Варна към ВМА.

Авторефератът е много добре оформен и отразява напълно същността на дисертационния труд. Прави много добро впечатление отличното стилистично и дизайнерско оформление, както и качеството на отпечатване.

Д-р Николай Николов е завършил медицина в МУ – Варна през 2006г.

От 2006г. до 2013г. е лекар-ординатор към Клиника по хирургия на МБАЛ „Св. Анна“ – гр. Варна. През 2014г. придобива специалност „Обща хирургия“. От 2014г. до 2015г. е началник на хирургичен екип в Клиника по хирургия на МБАЛ „Св. Анна“ – гр. Варна. От 2015г. до 2022г. е хирург в Клиника по хирургия на МБАЛ – Варна към ВМА. От 2022г. понастоящем е началник на хирургичен екип в Клиника по хирургия на МБАЛ „Св. Анна“ – гр. Варна.

Д-р Николов има проведени следдипломни обучения съответно през 2009г. „Лапароскопска коло-ректална хирургия“ в Париж, Франция и през 2023г. курс на тема „Хепатоцелуларен карцином – мултидисциплинарен подход“. Редовно взема участие в национални научни конгреси, конференции и симпозиуми по хирургия.

Владее писмено и говоримо английски и френски езици. Член е на БХД, БЛС.

Д-р Николай Николов има **3** публикации във връзка с дисертационния труд, като и в трите от тях е първи автор.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Представеният дисертационен труд е задълбочен, проблемен, като очертава ясно и точно особеностите на екзокринната панкреасна функция след дуоденопанкреатична резекция. Има резултати с приносен характер и публицистични прояви.

Д-р Николай Николов покрива напълно минималните национални изисквания съгласно ЗРАСРБ и Правилника за приложението му, както и Правилника на МУ- Варна.

Всичко това ми дава право и основание да препоръчам на членовете на НЖ да дадат своя **положителен вот** и да присъдят образователната и научна степен **“доктор”** на д-р Николай Николов.

20.08.2025г.

гр. Варна

Рецензент
/проф. д-р

Заличено на основание чл. 5,
§1, б. „В“ от Регламент (ЕС)
2016/679