

РЕЦЕНЗИЯ

от доц.д-р Теодор Димитров Атанасов, дм

Определен със заповед на Ректора 2828/02.11.2021, за член на научното жури, съставено във връзка с процедура за защита на дисертационен труд за придобиване на ОНС „Доктор” в Тракийски Университет – Стара Загора относно дисертационния труд на д-р Галин Желязков Ганчев на тема “Проучвания върху възможностите за лечение на бенигнените занболявания на жлъчния мехур със стандартна и трансумбиликална лапароскопска холецистектомия” за присъждане на научна и образователна степен “Доктор”

Дисертационният труд е написан на 121 стандартни машинописни страници и съдържа – литературен обзор – 75 страници, цел и задачи, материал и методи – 7 страници, резултати и обсъждане - 12 страници, заключение и изводи. Онагледен е с 24 фигури и 21 таблици. Библиографията включва 241 литературни източника, от които 12 на кирилица и 229 на латиница.

Литературният обзор показва ясно, че д-р Ганчев е запознат в детайли с етапите в историческото развитие на миниинвазивната хирургия по повод калкулозен колецистит. Представят се актуалните схващания за показанията и противопоказания за лапароскопска холецистектомия и детайлно са разгледани различните техники за изпълнение. Представени са критериите за сравнение на техниката през един разрез (SILC) със стандартната многопортова методика (SLC). Описани са съвременните модели лапароскопски инструменти и необходимата за процедурата лапароскопска апаратура. Отчетени са тенденциите за развитие на техниката. Детайлно са изброени възможните постоперативни усложнения и използваните в литературата класификации. Въпреки, че литературния обзор представлява повече от половината от съдържанието на дисертационния труд, той се чете с удоволствие и сам по себе си е един съвременен компендиум по темата. Цитиранията на авторите са коректни.

Дисертантът си е поставил за цел да извърши проспективно рандомизирано сравнение на SILC и SLC като методи за лечение на пациенти с планова

доброкачествена патология на жлъчния мехур.

За осъществяването на тази цел той си е поставил 5 задачи, които е и изпълнил.

Д-р Ганчев представя 80 последователни пациенти с жлъчно-каменна болест, оперирани от един екип за периода от март 2012 до март 2015 год. в УМБАЛ – Стара Загора. Пациентите са рандомизирани в 2 групи чрез метода на затворения плик.

Описани са използваните предоперативни диагностични методи и позиционирането на пациентите и екипа в операционната зала.

Описват се подробно използваните лапароскопски инструменти и апаратура, както и оперативната техника с всички етапи, постоперативната терапия и проследяване.

Авторът най-подробно представя пациентите:

Разпределение по пол и възраст – и в двете групи жените са повече (80% при SILC, 85% при SLC), най-често между 51 и 70 г.

ИТМ – и за двете групи е под 30 (27,2 при SILC, 29,8 при SLC)

Разпределение по ASA – ?

Оперативното време е сигнификантно по кратко при SLC – 37,95 мин. срещу 43,63 за SILC. Анализирани е продължителността на етапите на оперативната интервенция, като тя е разделена на 4 – от кожен разрез до поставянето на троакари/сутури; до трансекцията на дуктуса и артерията; до екстирпацията на жлъчния мехур; до шев на отворите.

Разликата в оперативното време е за сметка на втория и третия етап – трансекция на структурите и екстирпация на мехура, като то намалява с около 5 мин. за SLC. Тя е по-малка от стандартното отклонение и за двете техники.

Интраоперативно се установават адхезии и при двете техники – 17,5% за SILC и 22,5% за SLC. Те не създават затруднения - в проучването липсват конверсии и усложнения.

Постоперативната болка е оценявана по 2 скали – 5 точкова VAS и 10 точкова скала на 6ти, 24ти и 48ми час. В SILC групата има сигнификантно по-силна болка на 24ти час според VAS скалата (2,58 vs 2,2 p=0,04) (, като най-силната болка е областта на умбиликалната инцизия. Д-р Генчев посочва, че на 48ми час според 10-точковата скала болката при SILC е по-силна, но според таблицата няма статистическа разлика (2,83 vs 2,4 p=0.93).

Нужда от допълнително обезболяване са имали 5 (12,5%) пациенти в SILC групата и 3ма (7,5%) в SLC.

Липсва статистически значима разлика по отношение на гадене и повръщане в следоперативния период – 2 (5%) пациенти в SILC vs 3 (7,5%) в SLC групата, както и по отношение на възстановяването на чревния пасаж – 16,9 vs 17,3 часа.

Няма статистически значима разлика по отношение на болничния престой в двете групи - 2,7 дни за SILC vs 3,2 за SLC.

Д-р Генчев докладва 3 усложнения след 72ри час, които анализира като късни. Считам, че супурацията в областта на оперативната рана при 1 пациент в SILC групата трябва да се анализира като ранно постоперативно усложнение, ако е диагностицирана до 30ти постоперативен ден. При 2ма пациенти от SLC групата са установени постопетративни хернии в рамките на първите 6 месеца след операцията.

По отношение на козметичния ефект липсва статистически значима разлика при SLIL и SLC групите и при трите използвани метода за оценка. За 57,5% от пациентите е било от значение колко ще бъдат белезите от операцията.

В обобщението се изброяват накратко заключенията от анализите в работата.

По отношение на стойността на модифицираната ЛХ не е наличен анализ, но използването на стандартен лапароскопски инструментариум не предполага разлика в цената. Цитирани са проучвания с различни изводи, според вида на

използваните консумативи, като правилно се отбелязва, че при използване на стандартни лапароскопски инструменти и портове разлика в цената няма.

Направени са 8 извода, с които съм съгласен.

Първите 2 касаят оперативното време и правилно се отбелязва, че то не може да бъде фактор за избор на оперативна техника.

Козметичния ефект може е фактор само от страна на пациента.

По отношение на болката, тя е по-силна за SILC групата само на 24ти час според VAS скалата, а при 10 точковата липсва разлика.

Извода за себестойността на модифицираната техника не почива на конкретни данни, изнесени в работата, а се основава по-скоро на анализа на литературата.

Посочените приноси са коректни с уточнението, че подобни сравнения са налични в литературата

Заклучение:

Представената работа е с добър стил. Темата е изключително актуална, защото за първи път в нашата страна се представя проспективно рандомизирано сравнение между SILC и SLC при пациенти за планова холецистектомия . Направни са основателни изводи, налице са безпорни приноси.

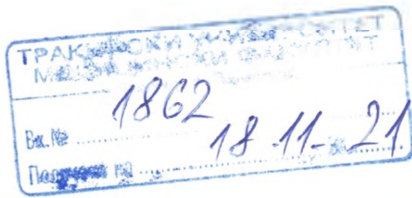
На основание всичко това смятам, че представения дисертационен труд отговаря на изискванията и препоръчвам на членовете на почитаемото жури да присъдят научната и образователна степен "Доктор по медицина " на д-р Галин Ганчев.

14.11.2021

София



доц.д-р Теодор Атанасов.



RECENSION

from Assoc. Prof. Dr. Teodor Dimitrov Atanasov, MD

Appointed by order of the Rector 2828 / 02.11.2021, as a member of the scientific jury, composed in connection with the procedure for defense of dissertation for the acquisition of SED1 "Doctor" at the Trakia University - Stara Zagora, regarding the dissertation of Dr. Galin Zhelyazkov Ganchev on the topic "Studies on the possibilities for treatment of benign gallbladder diseases with standard and transumbilical laparoscopic cholecystectomy" for awarding the scientific and educational degree "Doctor"

The dissertation is written on 121 standard typewritten pages and contains - literature review - 75 pages, purpose and goals, material and methods - 7 pages, results and discussion - 12 pages and conclusion. It is illustrated with 24 figures and 21 tables. The bibliography includes 241 literary sources, of which 12 in Cyrillic and 229 in Latin.

The literature review clearly shows that Dr. Ganchev is familiar in detail with the stages of the historical development of minimally invasive surgery for calculous cholecystitis. The current views on the indications and contraindications for laparoscopic cholecystectomy are presented and the various techniques for implementation are discussed in detail. The criteria for comparing the technique in one section (SILC) with the standard multiport methodology (SLC) are presented. The modern models of laparoscopic instruments and the laparoscopic equipment necessary for the procedure are described. The tendencies for development of the technique are taken into account. Possible postoperative complications and classifications used in the literature are listed in detail. Although the literature review represents more than half of the content of the dissertation, it is read with pleasure and in itself is a modern compendium on the topic. The authors' citations are correct.

The dissertation aims to make a prospective randomized comparison of SILC and SLC as methods of treatment of patients with planned benign gallbladder pathology.

To achieve this goal, he has set 5 goals, which he has achieved.

Dr. Ganchev presents 80 consecutive patients with gallstone disease, operated by one team for the period from March 2012 to March 2015 at the University Hospital - Stara Zagora. Patients were randomized into 2 groups by the closed envelope method.

The preoperative diagnostic methods used and the positioning of the patients and the team in the operating room are described.

The used laparoscopic instruments and equipment are described in detail, as well as the operative technique in all of its stages, the postoperative therapy and the follow-up.

The author presents patients in the most detail:

Gender and age distribution - in both groups there are more women (80% in SILC, 85% in SLC), most often between 51 and 70 years.

BMI - for both groups is below 30 (27.2 for SILC, 29.8 for SLC)

The operative time was significantly shorter in SLC - 37.95 minutes against 43.63 for SILC. The duration of the surgical intervention is analyzed, as it is divided into 4 stages - from skin incision and the placement of trocars / sutures; to the transection of the ductus and artery; to the extirpation of the bile duct; to the seam of the holes.

The difference in operative time is notable within the second and third stages - transection of the structures and extirpation of the gallbladder, as duration decreases by about 5 minutes for SLC. This difference is lesser than the standard deviation for both techniques.

Adhesion is established intraoperatively in both techniques - 17.5% for SILC and 22.5% for SLC. They do not create difficulties - the study lacks conversions and complications.

Postoperative pain was assessed on 2 scales - 5-point VAS and 10-point scale at 6, 24 and 48 hours. In the SILC group there is significantly more pain at the 24th hour according to the VAS scale (2.58 vs 2.2 p = 0.04), with strongest pain in the area of the umbilical incision. Dr. Genchev points out that at the 48th hour, the pain measured according to the 10-point scale is stronger in SILC patients, but the findings show no statistical difference (2.83 vs 2.4 p = 0.93).

Five patients (12.5%) in the SILC group and three (7.5%) in the SLC needed additional analgesia.

There is no statistically significant difference in terms of nausea and vomiting in the postoperative period - 2 (5%) patients in SILC vs. 3 (7.5%) in the SLC group, as well as in terms of recovery of intestinal passage - 16.9 vs. 17, 3 hours.

There was no statistically significant difference in terms of hospital stay in the two groups - 2.7 days for SILC vs. 3.2 for SLC.

Dr. Genchev reports 3 complications after the 72nd hour, which he categorizes as late. I believe that surgical wound suppuration in 1 patient in the SILC group should be categorized as an early postoperative complication, if diagnosed by the 30th postoperative day. Postoperative hernias were detected in 2 patients from the SLC group within the first 6 months after the operation.

In terms of cosmetic effects, there was no statistically significant difference between the SILC and SLC groups within the three assessment methods used. For 57.5% of patients, it was important how many scars from the operation there will be.

The summary briefly lists the conclusions of the analyzes in the work.

No analysis is available for the value of the modified LH, but the use of standard laparoscopic instruments does not suggest a difference in price. Studies with different conclusions are cited, according to the type of consumables used, and it is correctly noted that when using standard laparoscopic instruments and ports there is no difference in price.

Eight conclusions have been made, with which I agree.

The first 2 are regarding the operational time and it is correctly noted that it cannot be a factor for the choice of operational equipment.

The cosmetic effect can be a factor only on the part of the patient.

In terms of pain, it is stronger for the SILC group only at the 24th hour according to the VAS scale, and at 10-point scale there is no difference.

The conclusion about the cost of the modified technique is not based on specific data presented in the paper, but is rather based on the analysis of the literature.

These contributions are correct, with the clarification that such comparisons are available in the literature

Conclusion:

The presented work is in good style. The topic is extremely relevant because for the first time in our country a prospective randomized comparison between SILC and SLC is presented in patients for planned cholecystectomy. Reasonable conclusions have been made and there are indisputable contributions.

Based on all this, I believe that the presented dissertation meets the requirements and I recommend to the members of the esteemed jury to award the scientific and educational degree "Doctor of Medicine" to Dr. Galin Ganchev.

14.11.2021

Sofia Assoc. Prof. Dr. *Teodor Atanasov*.

