

СТАНОВИЩЕ

от доц. д-р Николай Маргаритов Рунев, дм,
Кардиологично отделение към Клиника по пропедевтика на вътрешните
болести "Проф. д-р Ст. Киркович" – УМБАЛ "Александровска",
Медицински Университет – София

Относно: дисертационен труд на тема: „Поведение и лечение при пациенти с хипертонични кризи и остро настъпила неврологична симптоматика (бързопреходна или мозъчен инсулт), хоспитализирани в неврологична клиника“

за присъждане на образователна и научна степен „Доктор“ по научната специалност „Кардиология“ (код 03.01.47) на д-р Любомир Емилов Бауренски, асистент по кардиология в НКБ – София;

Дисертацията е написана на 183 страници, от които 48 страници-литературен обзор; 5 страници - цел, задачи, материал и методи; 87 страници – резултати и обсъждане; 9 страници - изводи и приноси; 26 страници – библиография.

Актуалност на темата

Темата на дисертационния труд е актуална, както в теоретичен, така и в научно-практически аспект. За това твърдение имам следните основания:

1. Известно е, че артериалната хипертония (АХ) е независим рисков фактор за исхемичен мозъчен инсулт (ИМИ) и мозъчна хеморагия. Доказан е и благоприятният ефект от антихипертензивната терапия за първична и вторична профилактика на инсулт.

2. Настоящите препоръки за редукция на повишеното артериално налягане (АН) при остър мозъчен инсулт, обаче, се основават предимно на експертно мнение. Още повече, липсват категорични доказателства за значими ползи от понижаване на високото АН при ИМИ: повечето проучвания показват неутрален ефект от антихипертензивното лечение в острата фаза на инсулта по отношение на инвалидизация и смъртност.

3. Не е достатъчно изяснена ролята на повишения вариабилитет на АН (ВАН) за прогнозата на неврологичните усложнения (транзиторни исхемични атаки /ТИА/, ИМИ), както и дали терапията за редуциране на ВАН подобрява техния клиничен изход.

Познаване на проблема

От направения обзор се вижда, че авторът задълбочено се е запознал с наличната литература по въпроса. Ще отбележа само някои основни изводи, които произлизат от обзора:

1. Доказана е ролята на хипертензивните кризи (ХК) за мозъчни увреждания и усложнения: хипертонична енцефалопатия (ХЕ), ТИА и мозъчен инсулт – исхемичен и хеморагичен.

2. Няма достатъчно данни от клинични изпитвания, обаче, за важни въпроси в лечението на АХ при ИМИ: кога да се започне терапията; колко бързо и до какви стойности да се понижава високото АН в острата фаза на инсулта; да продължи ли приемът на предшестващите антихипертензивни медикаменти или да се спре временно, за да не се задълбочи мозъчната исхемия и т.н.

3. У нас няма проучвания както за динамиката и вариабилитета на АН при остри неврологични усложнения, така и за антихипертензивното лечение при ХК и остър мозъчен инсулт.

Така авторът напълно обосновава смисъла на своето проучване.

Оформянето на целта и задачите произтича от изводите на направения обзор.

Материалът и методите дават пълно основание да се вярва на получените резултати. Изследвани са ретроспективно общо 173 пациенти на средна възраст 64.4 год., постъпили в Неврологична клиника на НКБ – София по повод на остро настъпила неврологична симптоматика в хода на ХК. Пациентите са разделени в 3 групи: (1) 65 – с бързопреходни неврологични симптоми (световъртеж от централен произход, комбиниран отоневрологичен синдром, ХЕ, ТИА); (2) 79 – с ИМИ (тромботичен, емболичен или ангиодистоничен); (3) 38 – с хеморагичен мозъчен инсулт (ХМИ: паренхимен или субарахноидален кръвоизлив, или комбинация от двата).

При всички пациенти са извършени:

1. Анамнеза, клиничен преглед, лабораторни изследвания, оценка на придружаващите заболявания и рисковите фактори, ЕКГ, компютърна томография, Доплер-сонография на екстракраниалните мозъчни артерии.

2. Измервания на АН по стандартен неинвазивен метод на определени интервали (2-ри, 6-ти, 12-ти, 24-ти, 48-ми час, 3-ти ден, 4-ти ден) от началото на острата неврологична симптоматика до изписването.

3. Анализ на ВАН през първите 24 часа от хоспитализацията (свръхостра фаза на инсулта) и до 7-мия ден или изписването (остра фаза), както и сравнителна оценка на динамиката във ВАН при двата вида инсулт – исхемичен и хеморагичен.

4. За оценка на състоянието, вътреболничната прогноза и изхода при дехоспитализация на пациентите с мозъчен инсулт са използвани критериите на NIH Stroke Scale, а така също mRS (modified Rankin Scale).

5. Сравнителен анализ на антихипертензивната терапия, прилагана интравенозно и/или перорално в болнични условия (класове и отделни медикаменти), при двата вида инсулт – исхемичен и хеморагичен.

Направена е съвременна статистическа обработка на резултатите чрез статистически пакет SPSS 20.0. Използвани са: дескриптивен анализ за количествени показатели, дисперсионен анализ (ANOVA), както и непараметрични методи за сравнение на качествени променливи. Статистическа значимост се приема при $p < 0.05$.

Характеристика на резултатите и обсъждането:

Особено важни резултати според мен са следните:

1. Факторите, които неблагоприятно повлияват прогнозата на ИМИ в изследваната популация, са: възрастта, особено > 65 години, женският пол и тежестта на състоянието, докато при интрацеребрална хеморагия полът и възрастта не показват значима корелация с изхода на заболяването.

2. При пациентите с ХМИ се установяват сигнификантно по-високи стойности на изходното САН, средното и пулсовото АН спрямо тези с ИМИ при несигнификантни разлики за ДАН.

3. Понижението на АН е по-изразено през първите 24 часа (с около 25 % от изходното) и при двата вида инсулт, но след това при болните с ИМИ се наблюдава по-плавна редукция на АН спрямо тези с ХМИ, при които има по-чести флуктуации (с рязък спад и повторно повишение) и персистиращи високи стойности от 24-тия час до 3-тия ден.

4. При пациентите, изписани с **подобрене**, са налице **по-ниски стойности** на АН в сравнение с тези с влошаване (сигнификантна разлика на 12-тия час, 3-тия ден и при дехоспитализацията). При ХМИ има тенденция към по-добър изход при бързо понижаване на АН до 2-рия час (САН < 140 mm Hg), докато при ИМИ стойностите на АН $\geq 140/90$ mm Hg след 3-тия ден или повишаването им над тези на 24-тия час са свързани с по-неблагоприятно развитие.

5. Повишеният ВАН се асоциира с по-неблагоприятен изход от заболяването и при двата вида инсулт, като пациентите с ХМИ имат по-изразен ВАН по време на болничния престой в сравнение с тези с ИМИ. При ХМИ по-големите вариации в АН, корелиращи с по-неблагоприятна прогноза, се наблюдават през първите 24 часа от началото на инсулта, а при ИМИ – след 24-тия час.

6. Най-често използваните медикаменти общо и.в. и/или пер ос са: клонидин, еналаприл и фуросемид, като сигнификантно повече диуретици са прилагани при ХМИ. В сравнително малък процент (до 10%) е използван нитроглицерин. И при двата вида инсулт основните групи лекарства за перорална терапия са: АСЕ-инхибитори (най-често еналаприл), следвани от калциеви антагонисти (амлодипин).

Резултатите са подходящо онагледени със 79 таблици и 23 фигури.

Съгласен съм със справката за изводите и приносите на дисертационния труд.

Особено ценни според мен са получените данни от проведените за първи път у нас:

(1) сравнителен анализ на динамиката и вариабилитета на АН при пациенти с хипертензивна криза и остър инсулт (исхемичен и хеморагичен);

(2) сравнителна оценка на асоциацията на ВАН с клиничния изход от острия инсулт и

(3) сравнителен анализ на антихипертензивната терапия при пациенти с хипертензивна криза и остър ИМИ или ХМИ.

Заклучение:

Препоръчвам на членовете на Научното жури да гласуват с **положителен вот** за присъждане на образователна и научна степен “Доктор” по научна специалност 03.01.47 “Кардиология” на д-р Любомир Емилов Бауренски – асистент по кардиология в ИКБ – София.

02.08.2017 г.

Подпис:



Доц. д-р Николай Рунев