

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:

„Клинични резултати при интервенционално реваскуларизирани пациенти с инфаркт на миокарда”

за присъждане на образователна и научна степен „Доктор“ по научната специалност „Кардиология“ (код 03.01.47) на д-р **Искра Христова Байрактарова**, асистент в Отделение по неинвазивна диагностика на Клиника по кардиология в МБАЛ „НКБ” ЕАД – София

Дисертацията е написана на 162 страници, от които 33 - литературен обзор; 16 - цел, задачи, материал и методи; 56 – резултати, 28 - обсъждане; 3 - изводи и приноси; 17 страници – библиография.

Дисертационният труд е структуриран по класическия начин със спазване на пропорциите между отделните му части според общоприетите у нас изисквания.

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. В световен мащаб исхемичната болест на сърцето (**ИБС**) е най-честата причина за смърт и **общата ѝ честота се увеличава**.
2. Непрекъснатото усъвършенстване на стратегиите за оптимална антитромбоцитна и антикоагулантна терапия, както и на техниките за реваскуларизация доведе до **намаляване на вътреболничната смъртност** при остър коронарен синдром (ОКС) – STEMI и NSTEMI.
3. Около половината от пациентите с **ОКС**, обаче, имат многоклонова коронарна болест (**МКБ**). Тези пациенти са с **повишен риск** не само от сърдечно-съдова (СС) болестност и смъртност, но и от смърт по каквато и да е причина в сравнение с болните с едноклонова коронарна болест (ЕКБ). Патофизиологичната основа за този повишен риск остава недостатъчно изяснена.

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. В ESC Препоръките се изтъкват ползите от **пълната реваскуларизация** при пациенти със STEMI. От друга страна, подчертава се **необходимостта от индивидуална преценка на съотношението полза/риск**, включваща тежестта на придружаващите лезии, риска от контраст-индуцирана нефропатия и оценка на остатъчната исхемия.

2. Мета-анализи установяват, че **пълната отложена реваскуларизация** при пациенти с МКБ и ОКС води както до понижена 30-дневна смъртност, така и до подобрена дългосрочна преживяемост в сравнение с реваскуларизация само на инфаркт-свързаната артерия или пълна едноетапна реваскуларизация.

3. **Продължават дискусията за най-благоприятния момент за провеждане на пълна реваскуларизация** при пациентите с МКБ и ОКС – в рамките на дни до месеци след коронарното събитие.

4. Данните у нас показват **нарастваща честота** на плановите процедури за **поетапна реваскуларизация** на пациенти с МКБ след преживян ОКС, но липсва системно проследяване, за да се оценят ефектите от провежданото поетапно лечение върху отдалечената прогноза на пациентите.

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.

Анализирани са общо 403 пациенти с ОМИ тип I, от които 265 (65.8%) със STEMI и 138 (34.2%) – с NSTEMI, лекувани в НКБ – София през периода 2014-2015 г. (STEMI) и 2013-2016 г. (NSTEMI). Пациентите с ОМИ тип II, както и тези с приета диагноза NSTEMI, но без данни за повишени ензими или с финална диагноза тако-цубо КМП са били изключени от проучването. Всички данни за пациентите (демографски показатели, рискови фактори, интервенционална находка, вътреболнични резултати от изследвания и лечение) са събрани от болничната информационна система на НКБ – София.

Проследяването на пациентите е проведено на базата на попълнени въпросници (след телефонно интервю) и последващи документи от хоспитализации и прегледи. То включва:

- ✓ ранен период – 90 дни от датата на първичното събитие (период на отложената планова поетапна реваскуларизация) и
- ✓ отдалечен период – амбулаторно проследяване до м.03.2018 г. или настъпило фатално събитие

Пациентите са проследени за настъпили нови исхемични събития, както и периода до тяхното възникване, в дни:

- нова хоспитализация по повод на ОКС (приета е диагнозата при изписването),
- нова инвазивна оценка по спешност,
- нова реваскуларизация и общ брой проведени реваскуларизации до края на проследяването,
- нов исхемичен мозъчен инсулт,
- смърт по каквато и да е причина.

Направена е съвременна статистическа обработка на резултатите чрез статистически пакет SPSS 22.0. Данните са представени като средна стойност \pm стандартно отклонение за количествените променливи и като абсолютен брой и относителен дял за категоричните променливи. За оценка на разпределението е приложен методът на Kolmogorov-Smirnov. За сравняване на средни величини при свързани извадки са използвани t-критерий и тест на Wilcoxon в зависимост от формата на разпределението. Анализ на преживяемостта е направен чрез използване на метода на Kaplan–Meier, като отделните групи са сравнявани с Log-Rank (Mantel-Cox) тест. При определяне на прогностични фактори за по-добра преживяемост е използван Cox регресионен анализ. Статистическа значимост се приема при $p < 0.05$.

Характеристика на резултатите и обсъждането:

Най-важните резултати според мен са следните:

1. В изследваната високорискова българска популация със STEMI и NSTEMI се установява значимо по-висока честота на регистрирани нови исхемични събития и смърт за периода на проследяване в сравнение с установената в рандомизирани клинични изпитвания.
2. Установява се висока степен на придържането към ESC Препоръките за лечение на ОКС по време на вътреболничния престой на изследваните пациенти.
3. Малка част от пациентите с МКБ са насочвани за планова поетапна пълна реваскуларизация независимо от липсата на системни ограничения. Решението за дългосрочен терапевтичен подход се взема по време на първичната коронарна процедура от интервенционалния кардиолог и не се обсъжда впоследствие.
4. Стратегията за пълна поетапна реваскуларизация в рамките на 3 месеца след индексното събитие е ефективна и е безопасна.
5. Пациентите с най-висок СС риск относително по-рядко получават пълна поетапна интервенционална реваскуларизация, независимо че те биха имали най-голяма абсолютна полза от нея.
6. Пациентите с МКБ и пълна реваскуларизация имат:
 - дългосрочна прогноза, сравнима с тази на едноклоновите пациенти

по отношение на честота на нови исхемични събития и смърт по каквато и да е причина;

- значимо по-добра прогноза от пациентите с МКБ и непълна реваascularизация.

7. Създаден е регресионен модел с висока предсказваща стойност за повишен риск от смърт при проследяване на пациентите с ОКС, включващ следните показатели: възраст, наличие на МСБ, ПМ по време на настоящия престой, стволова стеноза или СТО, влошаване на класа по Killip, провеждане на диализа и наличие на непълна реваascularизация до 90-ия ден.

Резултатите са подходящо онагледени с 33 таблици и 5 фигури.

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

Заключение:

Особено ценни според мен са данните, получени от проведените за първи път у нас:

(1) сравнителен анализ на пациенти със STEMI или NSTEMI по отношение на: демографски характеристики, рисков профил, комплексна вътреболнична терапия в острия период и постигнати отдалечени резултати;

(2) сравнителна оценка на едноклонови спрямо многоклонови пациенти с ОКС, като се изследва ефектът от постигнатата степен на интервенционална реваascularизация върху сърдечно-съдовите събития и смъртността;

(3) анализ на основните фактори, предсказващи дългосрочната преживяемост на български пациенти с ОКС.

Това ми дава основание да **гласувам с положителен вот** за присъждане на образователна и научна степен “Доктор” по научна специалност 03.01.47 “Кардиология” на д-р Искра Христова Байрактарова – асистент в Отделение по неинвазивна диагностика на Клиника по кардиология в МБАЛ „НКБ” ЕАД – София.

29.04.2021 г.

Подпис:

Доц. д-р Николай Рунев