

Становище

От проф. д-р Панайот Фотев Куртев, дм

За д-р Лъчезар Джонгов дм по повод участие в конкурс за академичната длъжност „доцент” към СБАЛО ЕАД – София

Д-р Лъчезар Джонгов е роден на 11.11.1960г. в гр.София. През 1987 завършва Медицинска академия – гр. София. Работи като Завеждащ отделение по съдебна медицина ОРБ гр.Враца ;1990-1994г – Лекар-ординатор хирургично отделение ДОЗ-гр. Враца; 1994г – Научен сътрудник III-I степен, НОЦ- гр.София;1999г до момента – Завеждащ отделение към клиника по Обща и коремна хирургия СБАЛО ЕАД София. Има две специалности по 1996г – Хирургия и 2000г – Онкология. Курсове по 1992г.– курс по горна и долна ендоскопия, 1993г – курс по ендокринна хирургия и 2007г – курс по лапароскопска хирургия. Дисертация на тема: „Подобряване на следоперативните резултати при ретроперитонеални дисекции при болни с авансирани тестикуларни тумори” 2010г- Доктор по медицина

Член е на Републиканско дружество по хирургия; Републиканско научно медицинско дружество по Онкология. Има 33 публикации в български и чужди списания, съавторство в учебни ръководства и монографии – 4. Участия в Национални и международни конгреси – 18. Цитирания – 26 и Публикации с импакт фактор – общ IF- 6,387 и цитирания с импакт фактор – общ IF- 7,51. Признати изобретения- 2: патент за изобретение №62679 от 29.03.2000 г.; патент за изобретение № 62638 от 10.05.2000 г.

Научната продукция на д-р Лъчезар Джонгов се отнася основно за хирургичното лечение на онкологичните заболявания, като включва материали във връзка с дисертационния труд за придобиване на образователна и научна степен ДОКТОР и такива несвързани с темата на дисертацията.

Приноси във връзка с дисертационния труд на тема „Подобряване на следоперативните резултати при ретроперитонеални дисекции при болни с авансирани тестикуларни тумори”.

Научно-приложни

1. Въвеждане на метод на широка дебелочревна мобилизация за достъп до ретроперитонеалното пространство.

- Стандартно като достъп до ретроперитонеалното пространство се използва трансперитонеална ксифо-пубична лапаротомия, съчетана с инцизия на задния перитонеален лист под опорака на тънките черва. За удобство се извършва частична дебелочревна мобилизация от страната на дисекцията. Тази техника осигурява добър контрол върху структурите в ретроперитонеалното пространство, но предимно при десностранните туморни локализации. За да се представи хилусът на левия бъбрек е необходимо допълнително да се мобилизира сигмовидното черво и да се лигира *v. mesenterica inferior* близо до основата и.

При въведената от нас методика, широката дебелочревна мобилизация включваща ипсилатералната колична флексура и прекъсване на *lig. gastrocolicum* до срединната линия, позволява свободна транспозия на дебелите и тънки черва в коремната кухина. По този начин се създава много широко оперативно поле, с възможност за едновременен контрол върху всички магистрални съдове в ретроперитонеалното пространство. Мобилизацията на дясната флексура улеснява ревизията на ретродуоденалната зона, а при мобилизацията на лявата флексура се гарантира отличен достъп до левия бъбречен хилус и супрахилярното пространство, като се запазва долната мезентериална вена. Латералната дебелочревна мобилизация позволява съхраняването на *lig. Traizi*, като запазва анатомично съществуващия дуодено - йеюенален ъгъл и профилактира развитието на високи тънкочревни илеуси в следоперативния период. (1.1)

2. Въвеждане на модифицирана ипсилатерална нерв-съхраняваща дисекция.

- Тя се основава на нарупаното познание за типичния начин на метастазиране на тестикуларните тумори, както и за взаимоотношението между ретроперитонеалните лимфни колектори и постганглионарните симпатикови нерви, отговорни за акта на еякулация. В съответствие с локализацията на първичния тумор в тестиса, в обема на дисекцията се включват: параилиачните, паракавалните, супракавалните и интераорто-кавални лимфни възли при десностранна локализация и параилиачните, парааортални и супрааортални лимфни вериги при тумори на левия тестис. Отстраняването само на първоешелонните групи лимфни възли под защитата на съвременната ПХТ е достатъчна гаранция за постигане на трайно излекуване при голям процент от болните, при минимални или липсващи следоперативни усложнения. (1.4)

3. Въвеждане на модифицирана системна дисекция със запазване на симпатиковата инервация.

- Рационалното във въведения метод е свиване на обема на дисекцията от медиално и до нивото на a.mesenterica inferior, като по този начин се запазват контралатералните на дисекционната ос симпатикови нерви. Достатъчно е да се съхранят стволите и комуникантите едностранно на нива L3-L4, за да се запази еякулаторната функция в 80% от случаите. Намаляването на дисекционната повърхност не променя онкологичната радикалност. (1.4;1.5)

4. Въвеждане на лимитирани ретроперитонеални дисекции.

- Въведохме и използвахме лимитирани ретроперитонеални дисекции при строго спазване на приетите критерии за извършването им:

* солитарна резидуална лезия.

* геффрирно чиста от витална туморна тъкан зона около лезията.

Въвеждането на подобен тип ограничена дисекция се базира на факта, че трайните хистологични препарати на отстранени резидуални лезии при болни от стадий В3 и провели системна ПХТ показват:

*некроза и фиброза в близо 40% от случаите.

*зрял тератом-около 40%.

*витална туморна тъкан-около 20%.

Резидуалните туморни лезии най-често се разполагат в зоната на първично метастазиране на тестикуларния тумор, като ангажират един или два съседни лимфни колектора. Това позволява отстраняването им с минимална травма за пациента, с изключение на случаите при които инфилтрират съседни органи. Оперативната интервенция се извършва в една ограничената зона, представена от основата на резидуалната формация. Това възпрепятства многостолово увреждане на симпатиковата инервация, отговорна за акта на еякулация и не налага предварително локализиране на постганглионарните симпатикови влакна.(1.1;1.4)

Научно-теоретични

5. Анализ на зависимостта обем на ретроперитонеална дисекция и честота на следоперативни еякулаторни увреждания.

- За първи път в България е направен анализ на следоперативните усложнения настъпили в групите с различни типове ретроперитонеални дисекции, като установихме следните закономерности:

- при системните дисекции преобладават интраабдоминалните усложнения, развиващи се на базата на тежестта на оперативната травма или на технически грешки в хода на ретроперитонеалната дисекция (непълна хирургична лимфостаза, лоша протекция на тънките черва в интраоперативното време, неправилно дрениране)

- при лимитираните и модифицираните ипсилатерални дисекции преобладават раневите инфекции .

- познаването на симпатиковата невроанатомия, типичният начин на метастазиране на тестикуларните тумори и отличния лечебен ефект на ПХТ ни позволиха да редуцираме обемът на извършваните системни дисекции в граници, при които се запазват контралатералните на дисекцията постганглионерни симпатикови влакна, без това да се отрази на онкологичната радикалност.

Към настоящия момент се счита, че модифицираната системна ретроперитонеална дисекция със запазване на симпатиковата инервация е оперативна процедура постигнала максимален ефект по отношение съхранение на еякулаторната функция при болните с авансирани тестикуларни тумори. (1.1;1.4;1.5;1.7)

6. Анализ на честотата на рецидивите в ретроперитонеалното пространство в зависимост от типа ретроперитонеална дисекция.

- за първи път в България бе проучена взаимовръзката между обема на лимфната дисекция и рецидивния потенциал в ретроперитонеалното пространство като се установи, че липсата на статистически значима разлика в честотата на рецидивите при системните и модифицираните ретроперитонеални дисекции корелира с резултатите на много авторски колективи в достъпната ни литература. Рецидивният потенциал на авансиралите тестикуларни тумори след комплексно лечение според различните автори е от 4% до 30%. Коректно е да се отбележи,че масово в литературата се борави с термина „relapse” като се обобщава нова проява на заболяването. Ние считаме, че когато се касае за нова проява на заболяването в ретроперитонеалното пространство в зоната на предходна лимфна дисекция, налице е рецидив. При всички останали случаи се касае за прогресия на заболяването. (1.2;1.3;1.6)

7. Анализ на честотата на фалшиво отрицателни експресни хистологични изследвания в перитуморната зона при лимитирани ретроперитонеални дисекции.

- извършвахме насочени гефрирни изследвания от всички суспектни за метастатична виталност перитуморни тъкани (от т.н. frozen zone). Ако експресното хистологично изследване потвърдеше наличие на витални туморни клетки, извършвахме модифицирана системна дисекция. Ако чрез гефрирното изследване се установеше фиброза и некроза, дисекцията продължаваше в лимитиран обем, с отстраняване само на резидуалната туморна тъкан. (1.1;1.4)

ПРИНОСИ ИЗВЪН ТЕМАТА НА ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД

8. За първи път в България съвместно с колектив на НЦХТ бе разработен и внедрен в практиката метод за изготвяне на автоложен фибриногенов криопреципитат, като алтернатива на използваните в хирургията фибринови лепила(ФЛ). При комерсиално произведените ФЛ се използва донорска плазма за извличане на фибриноген,а като активатор на процеса на трансформиране във фибрин се прилага говежди тромбин.Това създава предпоставки за възникване на трансмисивни инфекции и алергични реакции. Рационалното в предложението от нас метод е,че фибриногена се извлича от пациента чрез плазмифереза преди оперативната интервенция, а като активатор на трансформацията му във фибрин се използват калциеви йони и тъканния тромбин в раневата повърхност.(патент за изобретение № 62638) (21;23;25;57)

9. За първи път в България е въведен метод за транспозиция на малкия гръден мускул към върха на аксиларната ямка, при оперативни интервенции по повод карцином на гърдата. След приключване на дисекционния етап се освобождава дисталният край на m.pectoralis minor от инсерционните му места на гръдната стена.Мускулът се ротира латерално като се разстила ветрилообразно над аксиларните съдове,а мобилизираните му краища се фиксират с единични конци към фасцията на m. latissimus dorsi. Целта на използваната хирургична техника е протекция на съдово-нервния сноп и намаляване на следоперативната лимфорея.(патент за изобретение № 62679) (25;56)

10. Беше въведена оперативна техника за намаляване на следоперативните усложнения при хирургичното лечение на карцинома на гърдата,състояща се от комбинирането на три отделни метода:

- транспозиция на малкия гръден мускул към върха на аксилата.
- обработка на цялата ранева повърхност с автоложно фибриново лепило.
- капитониране на кожните ламба към фасцията на m.pectoralis major.

Едновременното приложение на посочените техники значително снижиха лимфорейта в следоперативния период, което позволи ранно отстраняване на аспирационните дренажи и ранна дехоспитализация на пациентките. (26)

11. За първи път в България беше приложено двукомпонентно фибриново лепило въведено по ендоскопски път, за лечение на персистираща фистула при пациентка оперирана по повод карцином на стомаха. В следоперативния период клинично и рентгенологично се диагностицира инсуфициенция на езофаго-йеюноанастомозата, третирана консервативно. След апликацията на фибрино лепило в лумена на фистулния ход настъпи пълна облитерация на същия и бърза регресия на клиничната симптоматика. (25)

12. Съвместно с колектив от БАН се разработва нова методика базирана на калориметрично профилиране на кръвни мостри при болни с рак на колон, ректум и стомах. Целта на проучването е получаване на калориметрична крива с характерни особености за злокачествено заболяване, която да ни послужи като маркер за провеждане на скринингови изследвания. (24)

13. Участието му, като съавтор в ръководството “Диагностика, лечение и проследяване на болните със злокачествени новообразувания.” под редакцията на проф. д-р Ив. Черноземски, проф. д-р Стр. Каранов, доц. д-р Здр. Валерианова, София, 2009 е с практическа стойност за обучението на специализанти по онкология. (4 / 12)

14. В монографиите „ ЛИМФНА ДИСЕКЦИЯ при карцином на млечната жлеза, гастроинтестиналния и урогениталния тракт”. под ред. на Т. Делийски, В. Димитров, Плевен, 2003 и „ЛИМФНА ДИСЕКЦИЯ при карцином на млечната жлеза, гастроинтестиналния и урогениталния тракт, белия дроб и при малигнения меланом”. под ред. на Т. Делийски, Г. Горчев, В. Димитров, Плевен, 2007, (второ преработено и допълнено издание) където д-р Джонгов участва в съавторство, са разгледани оперативните техники на лимфните дисекции при най-често срещаната онкологична патология. Книгите са добре онагледени, като детайлно представят анатомията и физиологията на лимфната система на отделните региони, начините и честотата на лимфното метастазиране и неговата диагностика, техническото изпълнение на различните видове лимфни дисекции. (1.2; 1.3)

15. Монографията „Тестикуларни тумори: диагностика и лечение” под ред. на проф. В. Димитров, София, 2009, ИК „БАРД” цели да актуализира, разшири и осъвремени познанията за епидемиологията, патогенезата, патоморфологията, диагностиката и комплексното лечение на тестикуларните тумори. Книгата представя и голям собствен

клиничен опит на д-р Джонгов, проследяващ развитието на ретроперитонеалните дисекции при оперативното лечение на авансиралите тестикурни тумори. (1.4)

16. Участие в изготвяне на алгоритми за лечение за рак на стомаха. (2;3)

Характеристика на научните трудове

По проблеми научните трудове се разделят както следва:

1. Профилактика, диагностика и хирургично лечение на рака на стомаха. (2;3;4;5;25;35)
2. Оперативно лечение на рака на колона и ректума. (1;7;8;9;17;28;29;31;38)
3. Сфинктеросъхраняващи оперативни техники. (15;18;19)
4. Подобряване на функционалните резултати на болни оперирани за рак на ректума. (13;36)
5. Оперативно лечение на локално авансирани тумори на ректума и сакрококцигиалната област. (14;22;30;37)
6. Ретроперитонеални и редки абдоминални тумори. (16;32)
7. Профилактика, диагностика и хирургично лечение на авансиралите тестикуларни тумори. (1.1;1.2;1.3;1.4;1.5;1.6;1.7)
8. Фибриновите лепила и тяхното приложение в хирургията. (23;57)
9. Методи за намаляване на ранните следоперативни усложнения при оперативното лечение на карцинома на гърдата. (21;26;56)
10. Хирургично лечение на авансирани тумори от генитален произход. (27;33;39)

В заключение давам висока оценка на научната и научнопрактичната дейност на д-р Лъчезар Джонгов. Това ми становище се базира на анализа на научната му продукция и на възможността ми да бъда пряк свидетел на ползите от неговата цялостна дейност и внедряване на негови разработки с приносен характер.

Неговите лични качества като лекар, хирург и човек, подкрепени от достатъчна по обем учебна натовареност и научно творчество, ми дават право да подкрепя избора му за доцент от научното жури.

13.10.2013
София

Проф. д-р П. Куртев, дм