



## РЕЦЕНЗИЯ

от Проф.д-р Петър Панчев, дмн – Клиника по урология  
УМБАЛ“Александровска“ - ЕООД

на трудовете на Доц. д-р Димитър Шишков, дм –МУ, Стара Загора за участие в конкурса за „Професор“ в област на висшето образование, професионално „Направление“ медицина, научна „Обща хирургия /урология/, Медицински факултет към Катедра “Обща и оперативна хирургия, неврохирургия и урология“, УМБАЛ „Проф.д-р Стоян Киркович“АД, публикуван в „Държавен вестник“ бр.94 от 24 ноември 2017 г. стр.50

В конкурса Доц. Шишков участва с 56 публикации за рецензиране(от общо 91 публикации), като 2 не се рецензират - дисертационен труд и Автореферат. От публикациите 4 са в международния научен печат, а в научният печат в България са 84 -3 участия в учебници и една монография. Доц. Шишков е самостоятелен автор в 8 публикации, първи автор в 60 втори автор в 7 и в трети 22.

От хабилитирането му до участието в настоящия конкурс най-фундаменталният труд е монографията „Деривация на урината“, който е с определена стойност. Проблемът третиран в монографията се отнася към най-сложните и нерешени проблеми в урологията, който в последните десетилетия е в определен застой. Трудът обхваща 254 страници. Онагледен е с 107 фигури и 18 таблици. Монографията е разделена на две части от 28 глави със собствен книгопис. Хирургичното лечение на карцинома на пикочния мехур е не само медицински, но и социален проблем свързан с качеството на живот на болните, на реинтегрирани и на оперираните в обществото, като е поставен въпросът за видовете деривации и качеството на живот. В този аспект се разглежда „конструкцията“ на „ортотопичен мехур“, но не са определени точните индикации и ако се спазват правилата на онкоурологията при радикалната цистопростатектомия, трябва да се премахва уретрата – нещо, което прави невъзможна деривацията на „ортотопичен мехур“.

Тези проблеми се дискутират в представената монография, както се дискутира и изборът на съответен участък от гастроинтестиналния тракт /без дуоденумът/. Тъй както всеки от тях има различни структури и физиология , а при преминаване на урина настъпват съответни патологични промени, това е решаващ фактор при избора на съответния участък.

Както при сериозен и задълбочен труд се започва със задължителните знания при извършването на тези операции – така се постъпва с анатомията и функционалните проучвания върху мъжкия и женски и уретрален сфинктер и пластиката на тазовото дъно. Обърнато е внимание на клиниката и диагностиката на карцинома на пикочния мехур и на рискът от прогресия на иресидивирание при мускулно неинвазивен карцином и мускулно инвазивен карцином. Въз основа на наличните прогностични фактори и по-специално данните от EORTIC – при рисковите таблици се препоръчва разделянето на пациентите в три рискови групи; като така се улесняват препоръките за лечение. За отделни прогнози на



прогнозата на мускулно инвазивния карцином зависи от стадия на тумора и засягането на лимфните възли.

Описани са подготовката за цистектомията и избор на деривация на урината, техниката на радикалната цистектомия, и на лимфната дисекция. Направено е изследване на историческите предпоставки, довели до ортотопично заместване. След извършването на първата цистектомия се задава въпросът - къде да бъде отведена урината.

Чревните сегменти са били използвани в урологията повече от век. Въпреки, че са използвани почти всички части от интестиналния тракт, сега има почти постигнат консенсус - коя част от него може да се използва за ортотопично заместване, като се минава чрез формиране между уретерите и интактното черво през имплантиране в изключен интестинален сегмент, до имплантиране на уретерите в артифициален мехур, формиран от интестинален тракт. Не е подminat и въпросът за метаболитните решения.

При използването на интестиналния тракт за деривация на урината след радикална цистектомия метаболитните усложнения при ортотопичното заместване са повлияни от степента на абсорбция за разтворите в чревния сегмент, които се използват за целта. Факторите, които повлияват тази абсорбция са: кой чревен сегмент е използван, повърхността на червото, времето на задържане на урината, концентрацията на разтворите в урината, бъбречната функция, рН, осмотичното налягане на течността. Тези фактори влияят върху количеството на абсорбираните разтвори, както и на сериозността на метаболитните усложнения. Усложненията, свързани с електролитите в серума зависят от чревния сегмент, който се ползва при деривацията. Колкото по-проксимален е сегментът, толкова по-вероятно е да се появят тези електронни смущения. Част от електролитите преминават чревния сегмент чрез чревните клетки. Много разтвори се придвижват в зависимост от тяхната концентрация, както правилно е обсъдено. Това особено важи за калиевите йони, амоняка, уреята, креатинина и инулина. Описани са промените в нервната система, чернодробния метаболизъм, метаболизмът на лекарствата, образуване на пикочни камъни, промени в храносмилането, глюкозният метаболизъм. Доказано е, че при болшинството пациенти с чревна деривация за продължителен период се наблюдават нарушения в минералното съдържание на костите.

С развитието на техниката на цистектомията, вече има отчетлива разлика на деривациите инконтинентни и континентни, като специално внимание се обръща на ортотопичните мехури. Обърнато е и внимание на възможните усложнения при континентни деривации и тяхното лечение. Континентната деривация изисква последващи грижи. Много често може да се стигне до кървене и образуване на камъни. Образуването на камъни зависи от продукцията на мукус, който изисква редовно почистване на резервоарите. Фистулите и течовете от резервоара, принадлежат към ранните усложнения, в основата на които стои оперативната техника. Метаболитните усложнения се нуждаят от редовно проследяване, но и от постоянна медикаментозна терапия. Континентната деривация в дългосрочен план е застрашена от локални рецидиви и вторични малигнени процеси.



Интересно разсъждение е направено в обобщението на континентните деривации при цистектомия. Поради прогресиращото застаряване на населението и почти изчезване на доброкачествените индикации за континентна деривация – спина бифида, тежки родови фистули, мехурна екстрофия – намалява относителния дял на континентните деривации. Всички части на гастроинтестиналния тракт по принцип са годни за деривация и вече са използвани.

Отделена е специална глава на роботизирана цистектомия с последваща деривация, което е абсолютно задължително при съвременните урологични операции.

Частта - качеството на живот след цистектомия и деривация на урината е философско-медико –социален проблем, който е правилно осветлен въпреки, че няма стандартно, универсално съгласуване с определение за качество на живот свързано със здравето. Повечето предложени описания сочат към сходни значения.

Приема се следното определение за качество на живот: “ Индивидуалното или групово възприемане на физическо и психическо здраве във времето на Световната здравна организация определя качеството на живот в контекста на културните и ценностните системи, в които живеят, и във връзка с техните цели, очаквания, стандарти и опасения“.

СЗО дава и друго определение за разглеждане на здравето: „Липсват явни данни за заболяване и даденото лице функционира нормално“.

Въпреки малкият брой пациенти се определят относителни индикации: рецидив в уретера, уретрален рецидив с инвазия в деривацията, спешни състояния, малформация на първата деривация, бъбречна недостатъчност, болният не одобрява първата деривация.

Монографията е добре селектирана и е полезен труд, който има теоретично и практическо значение.

Научните трудове на автора след хабилитацията са 80, което е напълно достатъчно и показва една системна научна дейност като за учен аспиращ за най-високата академична длъжност “Професор“.

В публикациите на Доц. Шишков най-често се третират темите свързани с онкоурологията. От всички публикации 46 са онкоурологични. Той е един от водещите онкоуролози в нашата страна. Тази област от урологията изисква много отдаденост, труд и квалификация. Освен с онкоурология Доц.Шишков се е занимавал с онкология от чисто хирургичен вид, с оперативно лечение на ректоуринарна фистула чрез York-Mason техника.

Първостепенната цел на оператора е успешното овладяване на фистулите, които са резултат от оперативна интервенция в областта на ректума или са следствие от радикална простатектомия.

Отчетено е, че оперативното лечение на тези фистули чрез метода на York-Mason е подход с висока степен на успех при тези неприятни усложнения.



Това е един интересен и важен въпрос в онкоурологията; по-който няма много публикации и единно мнение.

Радикалната простатектомия според автора, макар и по-късно извършена, дава сигурност на пациента за бъдеще време. Повишава качеството му на живот- болният няма нужда от постоянно приемане на медикаменти като се избягват и страничните им действия. И не на последно място, намалява разходите на тези пациенти. С развитието на техниката и подобряване на познанията за хирургическата анатомия, лекарите могат да извършват радикална простатектомия с голяма ефикасност и минимални усложнения.

Повечето автори считат, че хирургичното лечение на рак на простатата е най-добрата опция при пациентите с клинично локализирано заболяване въпреки, че ролята на простатектомията може да бъде разширена - напр. при локално напреднал стадий на болестта, когато се използва в комбинация с началото на адювантна терапия при андрогенно аблационни внимателно подбрани пациенти, които имат ниски съпътстващи заболявания и най-малко десет годишна продължителност на живота.

Факта, че след няколко годишно консервативно лечение наблюдаваме изменение в степента на диференцираност и стадия на заболявания, ни дава основание да считаме консервативната терапия при карцином на простатата като предподготовка за предстоящата радикална хирургична интервенция. Интервенцията се извършва много по-лесно, отколкото при нелекувани болни. Всички оперирани болни са континентни и с добро качество на живот.

До този момент такива отчетливи заключения не са правени.

Безспорно техническо постижение на Доц. Шишков е радикалната цистектомия лапароскопски с последващ ортотопичен мехур по метода на "Studer". Това се прави за първи път в нашата страна с деривация по Studer от уролог с голям практически опит в отворената хирургия. Цистектомията остава „златен стандарт“ за мускулно инвазивния рак на пикочния мехур, както и при висока степен на риск от повърхностните тумори (Tis), устойчиви на интравезикално лечение. Това важи още повече за отворените цистопростатектомии с последваща деривация на урината и продължава да бъде сериозна процедура със своите усложнения. Затова активно се търсят по-малко инвазивни методи и начини на лечение на мускулноинвазивния карцином.

Лапароскопската оперативна техника за извършване на радикална цистектомия с последващ ортотопичен мехур е предизвикателство като процедура, но е технически осъществимо в опитни ръце и добър подбор на пациенти. Очакваните резултати от лапароскопската интервенция са по презумция – минимална кръвозагуба, минимализиране на аналгетичите, минимален болничен престой. Прецизността на лапароскопската интервенция води до по-голяма радикалност и абластичност при премахване на злокачествените процеси. Лапароскопската оперативна техника за извършване на радикална цистектомия с последващ ортотопичен мехур съчетава предимствата на „минимално инвазивната“ хирургия с безопасност на отворената хирургия. Това е теоретичен принос и практическо майсторство.



Не е подминат и въпросът за лапароскопската трансперитонеална парциална резекция на бъбрека при хипернефриден карцином. Вече не се обсъжда въпроса за това дали да се извърши парциална резекция, а отворена или лапароскопски. Нефро - съхраняващите операции или частичната резекция на тумора на локализираните бъбречни карциноми имат подобни онкологични резултати на тези на радикалната хирургия.

Индикациите за лапароскопска оперативна интервенция са свързани с TNM – стадирането и хистологичните фактори на „Fuhrman Nuclear Grade „. Доскоро избираема частична нефректомия се извършваше при pT<sub>1a</sub> тумор до 4 см. В последно време тези показания се разшириха при пациенти с анатомично благоприятно разположени тумори – pT<sub>1b</sub> до 7 см. Това са първи данни за този вид операции у нас.

В публикацията “Усложненията при лапароскопската трансперитонеална нефректомия“ се споделя опит с усложнението при тези отговорни операции. Те са интраоперативни: неконтролирано кървене, което е в резултат от корпулентни пациенти, при които трудно се намират големите съдове; голям размер на тумора и срастване от предишни операции. Постоперативните усложнения включват хемоперитонеум след лимфна дисекция, лезия на съдовете от коремната стена и хематом на коремната стена със въвличане на артерия епигастрика инфериор от падиал клип от вена сперматика. Усложненията по време и след трансперитонеална лапароскопия са типични за практиката и остават ниски, и не са по-различни от тези наблюдавани по време и след отворена операция. Лапароскопските операции стават все по –широко приложими в урологичната практика. Интересна е публикацията “Сравнение на лапароскопската срещу отворената радикална нефректомия при бъбречно-клетъчен карцином“. В сравнение с конвенционалната хирургия, лапароскопската намалява постоперативната болка, престоя в болницата и позволява на пациента да възобнови нормалната си дейност по-бързо. Лапароскопският подход при бъбречно - клетъчния карцином е описан чрез трансперитонеален и ретроперитонеален достъп.

При ендоскопските достъпи има по-малка кръвозагуба, което е едно от най-големите предимства за болния и лекарите. Според авторът лапароскопската нефректомия може да се счита за стандарт при бъбречно клетъчния карцином от стадий T<sub>1</sub> – T<sub>2</sub> N<sub>0</sub> M<sub>0</sub> .

Цитираните публикации от онкоурологията са водещи в урологичната литература и имат освен теоретично и практическо значение, някои от тях са на високо ниво и се използват от доктора и сътрудниците му - напр. „Модифициран метод на имплантиране на уретера в приводящата бримка при ортотопичния мехур на Щудер“.

На доброкачествената хиперплазия са посветени две публикации – те са в годината 2010, когато още ендоскопската хирургия няма масово приложение.

Трансуретралната резекция на простатната жлеза е основен метод на лечение – „ златен стандарт“. Един голям проблем в урологията, който се лекува успешно в клиниката на Доц. Шишков са уретралните стриктури – 6 до момента. Те са проблем в световен мащаб. Неслучайно са насочени много усилия за неговото решаване като се прилагат нови



и усъвършенстване на стари такива за лечението на това заболяване – пластика с букална лигавица, ретроаурикуларна кожа.

Според модерната концепция за лечението на стриктурите на уретрата при тежките форми, определени като степени С, Д, Е, F по класификацията на Devine, като първи избор на лечение се препоръчва инцизия или реаностомоза, или пластика с тъканен трансфер. Уретрата може да бъде реконструирана чрез регенерация след направена уретротомия интерна и да се постави катетър, или чрез ексцизия и анстомоза, или чрез използване на тъканен трансфер – кожа или лигавична пластика, свободна или на хранещо краче. Тази пластика дава най-добри дългосрочни резултати, но тези техники на заместване с кожна или лигавична присадка се ползват само, когато стриктурите са дълги. Основната реконструкция се извършва на един етап и това е по-добрият избор от двуетапната реконструкция.

Мястото на уретралната стриктура, оказва влияние при избора на лечебната процедура. Пенилната уретра се представя малко по-трудно, но за разлика от булбарната, заради нейната спонгиозна обвивка, прави предизвикателството малко по-голямо. Реконструкцията на простата - мембранозната част се прави не само, поради това, че достъпът е най-труден, но и заради сфинктерния механизъм. Факторите, влияещи на избора на процедурите зависят изцяло от естеството на стриктурата – нейната дължина, дали се включва спонгиофиброза и от свързаните допълнителни белези, такива като локална фиброза, фистула и инфекция. В зависимост от тежестта на стриктурата се определя поведението към едноетапна или двуетапна реконструкция. Това е един ценен практически принос в урологичната практика.

Друг важен въпрос и проблем в урологията е уролитиазата – лечение и профилактика. Въпреки големите успехи и напредък на хирургията – отворена и ендоскопска, остава още един голям въпрос – оценка и управлението при рецидив на конкременти. Счита се, че общият съвет за приемане на течности е научно доказан и трябва да се прилага при всички пациенти. Това твърдение има определена теоретична стойност.

Едно интересно изследване с чисто практическо значение е „ Мястото на сакралната невромодуляция при лечението на дисфункции на долния уринарен тракт“.

Невромодуляцията е одобрена от FDA от 1997 г. за лечение на дисфункциите на долния уринарен тракт и особено на свръхактивният пикочен мехур при пациенти, неповлияващи се или неподходящи за съответно консервативно лечение.

Публикациите му за травмите в урологията имат ценно практическо значение.

#### ЗАКЛЮЧЕНИЕ:

Доц.Димитър Шишков е на 49 години. През 1981 година завършва немската гимназия „Бертолд Брехт“, гр. Пловдив, а през 1991г. Висш Медицински институт „Иван П.Павлов“ специалност медицина. От 1991г. до 1998г. работи в урологично отделение на Първа Градска Болница – Пловдив, като ординатор. От 1998г.и досега в МБАЛ“Пловдив – ординатор в урологично отделение.



През 2002г. 3 месеца е старши ординатор в Урологичната клиника в УМБАЛ“Св.Анна“. От 03.08.2005 г. е началник на Урологична клиника „Св.Апостол Лука“ при МБАЛ „Пловдив“. От 2013г. доцент по урология към Тракийския университет. Специализирал е в Швейцария през 1996г. и 1998г. при Проф. Щудер – Университетска клиника по урология, гр.Берн,. Друга специализация му е в Германия в университета в Хале и Болница „Шарите“ – в Берлин.

Натрупаният опит и големият брой пациенти му дават възможност да публикува над 80 труда в Българската урологична литература и 4 в чужбина. Участва в написването на три учебника и една ценна монография. Освен това, той е активен участник в проявите на Българското урологично дружество – има 51 научни съобщения на национални научни форуми. Приносите му са повече от достатъчни да кандидатства за академичната длъжност „Професор“.

За първи път в България извършва ортотопично заместване на пикочен мехур след радикална цистектомия по повод карцином на същия по метод на Щудер през 1999г. До момента има 450 такива операции с над 18 г. преживяемост.

Пионер е в Лапароскопската хирургия в урологията с над 350 операции. Има над 3000 ендоскопски операции на простатата и пикочния мехур, както и над 1100 минимално инвазивни дезинтеграции на конкременти на горните пикочни пътища.

Доц. Димитър Шишков има 111 цитирания в чужбина и 9 в България. Има импакт фактор 13,874 /6,207 в публикациите и 7,667 в цитиранията/.

Общата преподавателска дейност според справка от Деканата на Медицински факултет на Тракийски университет – Ст.Загора е 192 часа.

Доц. Димитър Шишков развива и предостатъчна обществена дейност /освен депутат в 43 народно събрание /.

Член е на Управителния съвет на Българското урологично дружество, Европейската урологична асоциация, Американската урологична асоциация, Световната урологична асоциация. Владее немски, руски и английски езици.

Всичко това ми дава основание и увереност да предложа „ДА“ на гласуващите и на уважаваните членове на почитаемото жури да присъди на Доц.Димитър Шишков Академичната длъжност „Професор“.

РЕЦЕНЗЕНТ:

Проф.д-р П.Панчев,дмн