

Oponentský posudek disertační práce k získání akademického titulu Ph.D. s názvem

„Alternativní možnosti získání autologních cévních náhrad v kardiovaskulární chirurgii“

Autor: MUDr. Petr Loskot

Pracoviště: Ústav anatomie, Kardiochirurgické oddělení FN, Lékařská fakulta UK v Plzni

Shrnutí

Autor předkládá k posouzení anatomicko-klinickou studii zabývající se detailně morfologií i prakticky ověřenými možnostmi klinického použití alternativního tepenného štěpu (*Ramus descendens arteriae circumflexae femoris lateralis /RDACFL/*) v koronární chirurgii. Jako určitý přídavek je předložena i studie mapující anatomii *vasa vasorum* v prasečí aortě.

Metodika studie je logicky a promyšleně vystavěna a cíl práce je jasný.

Předložená práce je z poloviny objemu textu tvořena obsáhlým úvodem, v druhé polovině následuje rozbor metodiky a výsledků. Seznam literatury je bohatý a cílený, vlastní literární citace na dané téma, včetně poslední publikace (1. autor) ve významném anatomickém zahraničním periodiku, hodné zvláštního ocenění.

Poznámky recenzenta

1. Již zde mohu uvést, že studie je podle mého soudu zdařilá a zrcadlí značné úsilí autora i úctyhodný objem vědecké a klinické práce. Autor má též bezesporu dar zhuštěného a přitom čtivého vyjadřování, což je patrné zejména v přehledných úvodních kapitolách, které by se velmi dobře vyjímaly v jakékoli monografii shrnující klinickou problematiku koronární aterosklerózy,
2. Co na celé studii oceňuji nejvíce, je autorův prospektivní náhled na celkový stav tepenného řečiště a poměrné vyjádření postižení RDACFL (v anatomickém materiálu bylo 81 % studovaných tepen bez aterosklerotického významného postižení, avšak v klinice byl bezpečný odběr indikován jen v 68 % případů vzhledem k významu RDACFL jako případné tepenné kolaterály): takovou schopnost komplexního posouzení aterosklerotického postižení s ohledem na riziko destrukce významné boční větve či na možnou poruchu hojení po odběru žíly z dolní končetiny u nemocného s latentní ICHDK by si měl osvojit každý kardiochirurg, což není zdaleka pravidlem,
3. Autoreferát je, včetně perfektní obrazové dokumentace, výtečně zpracovaný,
4. Má hlavní, a vlastně jediná kritická připomínka se týká faktického klinického významu studovaného tepenného štěpu pro kardiochirurgickou praxi. Rozměr tepny, délka, spastická tendence (již autor ostatně sám zmiňuje) nejsou těmi nejlepšími aktivy v soutěži s kvalitním žilním štěpem o právo na koronární přemostění. Nejsm si jist, zda současný hon na „ tepnu za každou cenu“ je až natolik oprávněný. Právě u autorem zmíněných skupin mladších nemocných s rozvinutou koronární (a jistě i povšechnou) aterosklerózou, kde lze očekávat její další progresi, bych sázel, bez ohledu na použitý materiál štěpu, spíše na důslednou sekundární prevenci. Údaj o průchodnosti 12 z 15 štěpů po 6-7 týdnech bych rovněž nepřeceňoval: doba sledování je velmi krátká. Tradiční centrální aortální anastomosa nepřichází vzhledem k rozměrům tepny prakticky v úvahu a používané *end-to-side* napojení na mamární tepnu není bez rizika a může ohrozit hlavní bypass IMA- LAD. Osobně se domnívám, že kvalitní žilní štěp zejména v sekvenčním napojení a s bezpečnou centrální anastomosou na vzestupné aortě nepředstavuje pro pacienta zásadní riziko a již vůbec ne perspektivní nevýhodu ve srovnání s velmi tenkým tepenným štěpem se spastickou tendencí,

5. Konečně, *ut aliquid fieri videatur*, pár kritických a pohříchu hnidopišských formalit:

- Na str. 42 by u kontraindikací odběru radiální tepny stáli za zmínku nemocní s chronickým ledvinným selháním coby případní kandidáti hemodialyzační léčby a nutné konstrukce arteriovenosní radiocefalické píštěle,
- Mám za to, že přesný anatomický termín je „*Arteria profunda femoris*“, nikoli „*Arteria femoralis profunda*“, jak je běžně uváděno; „*přední kotník*“ (str. 44) bych u dvojnožců raději zaměnil za „*vnitřní*“,
- Mateřštinu, obecnou i odbornou, pak obohatily termíny „*záplach*“ a „*koagulační nepohoda*“ (Autoreferát, str. 9, 10). V Autoreferátu je zavádějící překlep na str. 10 (záměna ICHS za ICHDK).

Otázky

Na kolegu Loskota mám následující dotazy:

1. Předpokládám, že vbrzku rozšíříte klinický soubor těchto nemocných. Jaké plánujete prospektivní sledování a ověřování středně- a déle době průchodnosti štěpu? Bude se antiagregační aj. léčebná strategie lišit od té běžně používané?
2. Jak byste vysvětlil rozvoj compartment syndromu po žilním odběru, jež v Diskusi zmiňujete?

Závěr

Práce úspěšně zúročila dosavadní odborné úsilí kandidáta, nepochybně přinesla nové a cenné poznatky a je významná zejména propojením teoretické a klinické problematiky. Jakkoli je praktický přínos pro kardiochirurgickou praxi diskutabilní, autor opakovaně prokázal vyhraněnou schopnost vědeckého a kritického myšlení i schopnost své názory a poznatky předat, diskutovat a obhájit.

Práci jednoznačně doporučuji k obhajobě.

V Chemnitz, 3. září 2016



doc. MUDr. Pavel Šebesta, CSc.

*Klinik fuer Thorax-, Gefaess- und Endovaskulaere
Chirurgie, Klinikum Chemnitz gGmbH, BRD*

*Člen výboru České společnosti kardiiovaskulární
chirurgie*