

Oponentský posudek na habilitační práci s názvem „Chirurgická a hybridní léčba fibrilace síní“, kterou předložil **MUDr. Petr Budera, Ph.D.**

Kvalitně zpracovaná habilitační práce shrnuje na 73 stránkách textu výsledky mnohaleté aktivity Dr. Budery na poli chirurgické léčby fibrilace síní. Tento souhrn je v podstatě postradatelný, protože o všem důležitém vypovídá již samotná 70tistránková publikační příloha. Ta obsahuje 14 chronologicky seřazených článků v impaktovaných časopisech s jeho autorstvím nebo spoluautorstvím, jimž vévodí publikace studie PRAGUE-12 v prestižním European Heart Journal.

Dr. Budera měl štěstí, že profesně vyrůstal v kardiochirurgickém týmu Prof. Zbyňka Straky, jednoho z velkých protagonistů miniinvazivní chirurgie u nás, do níž koncepčně patří také samostatné kardiochirurgické výkony pro léčbu fibrilace síní. Prostředí Kardiocentra Fakultní nemocnice Královské Vinohrady také nebývalou měrou podporovalo nejen klinickou, ale i vědeckou mezioborovou spolupráci kardiochirurgie a kardiologie. V těchto podmínkách Dr. Budera prokázal, že není jen mechanickou součástíou v soukolu Kardiocentra, ale přidal do rozvíjejícího se výzkumného záměru svůj vlastní intelektuální vklad.

Jak jsem již zmínil, mimořádným počinem byla realizace a publikace multicentrické randomizované studie PRAGUE-12, která byla přelomová v nazírání na konkomitantní MAZE proceduru. Studie prokázala, že MAZE nejenže nezvyšuje výskyt perioperačních komplikací, ale vede k významně vyšší šanci na udržení sinusového rytmu. To by mohlo potenciálně vést k poklesu klinických příhod asociovaných s fibrilací síní, i když to zatím v krátkodobém sledování nebylo potvrzeno.

Neméně významná je celá série prací, která rámuje vývoj miniinvazivních chirurgických procedur pro léčbu fibrilace síní, a to vše v době, kdy docházelo k dramatickému vývoji chirurgických nástrojů a technik, ke zvyšování klinické úspěšnosti, ale také k rozpoznávání limitací a rizik této léčby. Kritické hodnocení vlastních výsledků postupně vedlo k prosazování účinnějších hybridních strategií. Současně bylo minimalizováno tromboembolické riziko zavedením striktního perioperačního a pooperačního protokolu antikoagulace, a nakonec i díky preferované adjuvantní okluzi ouška levé síně.

Výsledky vědeckých prací, na kterých se Dr. Budera značnou měrou podílel, je možné v řadě aspektů považovat za novátorské. Potažmo jeho habilitační práce splňuje všechny požadavky k udělení titulu docenta chirurgie, a proto ji doporučuji postoupit dalšímu řízení včetně obhajoby před vědeckou radou.

Jak už to tak bývá, i velmi dobře koncipovaný výzkum většinou generuje více otázek než odpovědi. Některé z nich bych rád Dr. Buderovi položil:

1. U kterých pacientů je vhodné volit hybridní léčbu a u kterých jen katetrizační léčbu fibrilace síní? Jaké klinické charakteristiky jsou nejdůležitější pro toto rozhodnutí?
2. Okluze ouška levé síně má nepochybně příznivý efekt antiarytmický a antitromboembolický. Většina pacientů s fibrilací síní má ale více či méně manifestní srdeční selhání. Neměli by někteří z nich prospěch z mechanické funkce zachovaného ouška levé síně?
3. Konkomitantní MAZE procedura nezvyšuje globální riziko operačního výkonu, zatímco u samostatné miniinvazivní chirurgické ablace fibrilace síní bylo leckdy hlášeno nezanedbatelné procento vážných komplikací. Je to možné nějak vysvětlit?