

ВІДЗИВ

офіційного опонента на дисертаційну роботу

Кочмаря Олександра Михайловича

“Лікування гострого варикотромбофлебіту у хворих із декомпенсованою венозною недостатністю”, подану у спеціалізовану вчену раду Д 61.051.08 державного вищого навчального закладу “Ужгородський національний університет” на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.03 – хірургія

Актуальність теми дисертаційної роботи. Варикотромбофлебіт, який є основним ускладненням варикозної хвороби, обумовлює виникнення тромбозу глибоких вен у 10 – 25 % пацієнтів і тромбоемболічних ускладнень – у 10 %. В ряді спостережень внаслідок виникнення гострого тромбофлебіту у пацієнтів із важкими формами варикозної хвороби і/або посттромбофлебітичним синдромом нерідко виникає первинне чи вторинне ураження глибокої венозної системи гомілки або стегна. Останнє практично не діагностується у зв’язку із відсутністю чітко виражених клінічних симптомів на фоні супутніх змін тканин в зоні виразки, що унеможлиблює проведення інструментальної діагностики. Поряд із вказаним, ризик виникнення тромбоемболічних ускладнень у цій категорії хворих надзвичайно високий [Ланда І.В., Нардина І.В., 2013, Русин В.І. та співав., 2013, Aziz F. et all, 2016].

Зв’язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Науково-дослідна робота є фрагментом наукової програми кафедри хірургічних хвороб медичного факультету ДВНЗ “Ужгородський національний університет” “Пошук “Індексу ризику” прогресії атеросклерозу та можливого розвитку тромбоемболізму у осіб різних вікових категорій” ДБ-867М (номер державної реєстрації № 0116U007379).

Наукова новизна отриманих результатів. Вперше встановлено частоту ГВТФ та кількість спостережень поширення тромбозу на глибокі вени при ХВН в стадії декомпенсації.

Доповнені наукові дослідження стосовно ролі венозного рефлюксу у розвитку венозних та посттромбофлебітичних виразок та їх взаємозв'язок із гострим варикотромбофлебітом.

Науково доведено методом дисперсійного аналізу із повторюваними вимірюваннями, що зміни коагуляційного гемостазу у хворих на ГВТФ при ХВН в стадії декомпенсації несуть переважно локальний характер, де найбільш стабільним та єдиним показником як регіонального, так і центрального кровоплину є МНВ ($p = 0,003$). Останнє може бути аргументом на користь застосування МНВ як більш постійного та незалежного від умов дослідження показника в діагностиці та лікуванні ГВТФ при ХВН в стадії декомпенсації.

Доведено, що незалежно від величини трофічної виразки та мікробної контамінації пункційне ехосклерозування пронизних вен є ефективним методом в лікуванні хронічної декомпенсованої венозної недостатності нижніх кінцівок.

Вперше визначено роль вакуум-терапії в лікуванні ГВТФ у хворих із декомпенсованою венозною недостатністю варикозного та посттромбофлебітичного генезу.

Вперше проведена оцінка результатів комбінованого лікування декомпенсованої хронічної недостатності, ускладненої ГВТФ в залежності від етіології за допомогою міжнародної класифікації CEAP з врахуванням кількісної оцінки хронічної венозної недостатності за VCSS (Venous Clinical Severe Score).

Практичне значення отриманих результатів. Удосконалено діагностичний алгоритм для вибору ефективного комплексу мініінвазивних технологій лікування ГВТФ при декомпенсованій хронічній венозній недостатності нижніх кінцівок.

Запропоновано комплексне обстеження пацієнтів для вибору методу мініінвазивного хірургічного лікування декомпенсованої хронічної венозної недостатності нижніх кінцівок. Ультразвукове дуплексне сканування є обов'язковим методом обстеження при посиленні болю та важкості в кінцівці з метою виключення ГВТФ. Впроваджено в клінічну практику метод

ехосклерозування пронизних вен при різних формах декомпенсованої хронічної венозної недостатності нижніх кінцівок.

При хронічній венозній недостатності в стадії декомпенсації, ускладненій ГВТФ, в комплекс лікування слід включити кросектомію, короткий стріпінг та дистальну склерооблітерацію.

Запропоновано використання радикальної флебектомії малої підшкірної вени з видаленням флотуючої частини тромба із підколінної вени через синус литкового м'яза без венотомії останньої (Патент на корисну модель, 127527 UA, МПК: A61B 17/00, (UA))

В комплекс лікувальних заходів щодо лікування ГВТФ у хворих із декомпенсованою хронічною венозною недостатністю нижніх кінцівок рекомендовано включити вакуум – терапію.

Отримані результати лікування декомпенсованої хронічної венозної недостатності дають змогу рекомендувати методику стовбурової склерооблітерації вен гомілки та склерооблітерації пронизних вен для впровадження в клінічну практику.

Ступінь обґрунтованості наукових положень, висновків і рекомендацій, сформульованих у дисертації, їх достовірність і новизна. Дисертаційна робота викладена на 262 сторінках друкованого тексту, з яких 192 сторінки займає основний текст, і складається із вступу, огляду літератури, характеристики хворих та спеціальних методів дослідження, трьох розділів власних досліджень, обговорення отриманих результатів, висновків, списку використаних літературних джерел, з яких 127 – кирилицею, 64 – латиницею, додатків. Робота ілюстрована 28 таблицями і 64 рисунками.

Розділ 1. Сучасний стан діагностики та лікування варикотромбофлебиту та трофічних виразок (огляд літератури). Розділ написано грамотно, цікаво, зауважень немає.

Розділ 2. Характеристика хворих та спеціальних методів дослідження.

З 2010 року по 2018 рік прооперовано 1156 пацієнтів із ГВТФ, що складає 35,7 % від хірургічних втручань на поверхневій венозній системі нижніх кінцівок. У 97 хворих ГВТФ системи великої та малої підшкірних вен

розвинувся на фоні декомпенсованої хронічної венозної недостатності (стадія С6 за класифікацією СЕАР), що складає 8,4% від загальної кількості пацієнтів оперованих з приводу ГВТФ.

Хворих розділено на дві групи. У І групу – включено 57 пацієнтів, у яких причиною декомпенсованої хронічної венозної недостатності була варикозна хвороба нижніх кінцівок. У 40 пацієнтів (ІІ група) діагностовано посттромбофлебітичний синдром стегново-підколінно-гомількової локалізації у стадії неповної реканалізації.

У всіх пацієнтів декомпенсована хронічна венозна недостатність відповідала класу С6 за класифікацією СЕАР. У всіх хворих спостерігали трофічні розлади та тривалі незаживаючі виразки гомілок. Більша частина пацієнтів госпіталізована через 4-7 та 8-13 діб з моменту захворювання. 20,6 % пацієнтів госпіталізовано через два тижні від початку захворювання.

Перехід тромботичного процесу на глибоку венозну систему виявлено у 10 пацієнтів І групи та у 14 пацієнтів ІІ групи. Ці 24 (24,7 %) хворі із ускладненим перебігом декомпенсованої ХВН, становили групу пацієнтів з небезпекою тромботичного ураження глибокої венозної системи і можливим розвитком ТЕЛА.

Всім пацієнтам проводили дуплексне сканування із кольоровим картуванням кровоплину. Для оцінки стану виразкового дефекту досліджувався ряд ознак, які характеризують дно виразки, його краї, навколишню шкіру, а також суб'єктивні відчуття пацієнтів. Для контролю за мікрофлорою та її чутливістю до призначених антибактеріальних препаратів проводили бактеріологічне дослідження за методом паперових дисків з кількісним методом із визначенням мінімальної пригнічуючої концентрації – Е-тестом.

Враховуючи наявність трофічних виразок як результат декомпенсації венозного кровообігу на фоні варикозної хвороби або ПТФС, хворим виконано різноманітні хірургічні маніпуляції та застосовано багатокомпонентні пов'язки. Кросектомію із коротким стрипінгом на стегні із наступною склерооблітерацією на гомілці виконано 35 хворим І групи та 19 пацієнтам ІІ групи. Кросектомію та стовбурову склерооблітерацію здійснено 19 хворим І

групи та 10 пацієнтам II групи. Флебектомію МПВ у поєднанні із кросектомією, коротким стріпінгом та стовбуровою склерооблітерацією ВПВ виконано 14 пацієнтам. Для ліквідації горизонтального вено-венозного скиду у 47 хворих обох клінічних груп проведено склерооблітерацію пронизних вен на гомілці.

Оцінку якості проведеного лікування зроблено на основі даних ультразвукового дослідження венозної системи нижньої кінцівки, системи Venous Severity Scoring System, що включає Venous Clinical Severity Score, Venous Segmental Disease Score і Venous Disability Score, а також шкали оцінки якості життя MOS SF – 36.

Усі обчислення проводили із використанням статистичних пакетів програми Microsoft Excel 2007 та XI Stat 2007 на персональному комп'ютері.

Розділ 3. Результати дослідження хворих із гострим варикотромбофлебітом та декомпensoваною хронічною венозною недостатністю.

Трофічні розлади шкіри локалізувались по медіальній поверхні в нижній третині гомілки, у 8 (14,0 %) хворих I групи та у 14 (35,0 %) хворих II групи поширювались на передню та задню поверхні нижньої третини гомілки. У хворих із ГВТФ на фоні варикозної хвороби у 54,4 % випадках трофічні виразки були менше 10 см², що в 1,7 рази більше, ніж у пацієнтів із ГВТФ на фоні ПТФС, проте виразки менше 50 см² зустрічались в 1,3 рази рідше, ніж у хворих із ГВТФ на фоні ПТФС. У пацієнтів II групи в 3 рази частіше (15% проти 5,2%) виявлено глибокі трофічні виразки площею до 100 см² та у 2 рази більше пацієнтів (10 % проти 5 %) із III стадією глибини ураження шкірних покривів.

Середня тривалість рефлюксів у поверхневій стегновій вені становила 5,7±1,1 с, у підколінній вені – 3,4±1,2 с, у задній великогомілковій вені – 2,8±0,5 с. Гемодинамічно значимий рефлюкс у сафено-феморальному співгірлі виявлено у всіх пацієнтів, у поверхневій стегновій вені виявлено у 78,9% і 87,5% хворих, у підколінній – у 91,2 % і 92,5 %, в задній великогомілковій вені - у 19,2 % і 25 % хворих.

У половини пацієнтів виявлено протяжні форми варикотромбофлебіту, при яких більша частина підшкірної вени тромбована і є небезпека переходу тромботичних мас у глибоку венозну систему із загрозою ТЕЛА.

Ретроградний градієнт у ВПВ у 6,8 разів перевищував антеградний, для МПВ цей показник перевищував у 5,4 рази, що свідчить про різко інтенсивний рефлюкс крові по нетромбованим поверхневим венам до верхівки тромба. Розповсюдження ГВТФ частіше йде назустріч рефлюксу, що підтвердило уявлення про значення рефлюксу у розвитку ГВТФ та його вплив на флебогемодинаміку незважаючи на важкий ступінь хронічної венозної недостатності.

Проведення хірургічної санації та вакуум-терапії, сприяло швидкому очищенню поверхні трофічної виразки та переходу ранового процесу у стадію початкового утворення грануляцій. Такі обставини вважали благоприємними для проведення аутодермопластики ранової поверхні трофічної виразки.

При аналізі швидкості згортання крові у пацієнтів встановлено, що в обох групах час згортання крові в регіонарному кровоплині нижчий, ніж у центральному кровоплині. У пацієнтів із ГВТФ час згортання крові є коротшим у порівнянні із контрольною групою незалежно від місця взяття крові для аналізу. ПТІ у хворих із ГВТФ значно вищий у порівнянні із контролем.

Пацієнти із ГВТФ характеризуються нижчим рівнем МНВ у порівнянні із контрольною групою пацієнтів. Більшість зразків крові із центрального кровоплину продемонстрували значення МНВ нижче референтної межі у 0,8. При ГВТФ час рекальцифікації плазми зростає як у зразках регіонарного, так і центрального кровоплину. Рівень фібриногену у зразках крові пацієнтів із ГВТФ статистично значимо перевищував аналогічний рівень контрольної групи пацієнтів. Також рівень фібриногену значно відрізнявся у зразках регіонарного і центрального кровоплину. Фібринолітична активність крові у хворих на ГВТФ переважає таку у пацієнтів контрольної групи, тобто має більш коротку тривалість.

Зміни коагуляційного гемостазу у хворих на ГВТФ при ХВН в стадії декомпенсації несуть переважно локальний характер, і найбільш стабільним показником як регіонарного, так і центрального кровоплину є МНВ.

Розділ 4. Хірургічне лікування гострого варикотромбофлебиту при декомпенсованій хронічній венозній недостатності.

Тактика лікування хворих із ГВТФ при декомпенсованих формах ХВН включала: видалення флотуючих тромбів, попередження поширення тромбозу на глибокі вени; хірургічну санацію трофічних виразок та вакуум-терапію, радикальне лікування трофічних виразок – аутодермопластику. Серед завдань хірургічного лікування ГВТФ при декомпенсованих формах ХВН було: ліквідація симптомів хронічної венозної недостатності, мінімізація травматичності операційного втручання при збереженні його радикальності (кросектомія, склеротерапія).

Розділ 5. Результати комплексного лікування пацієнтів із хронічною венозною недостатністю, що ускладнилась гострим варикотромбофлебітом.

За перший місяць трофічні виразки загоїлись у 40,3 % пацієнтів I групи та 32,5 % пацієнтів II групи. Через 3 місяці після хірургічного лікування кількість виразок, що загоїлись зростає вдвічі в обох групах хворих, відповідно, у 77,2 % та 57,5 %. Через рік у пацієнтів I групи трофічні виразки загоїлись у 100 % спостережень, в II групі у 97,5 % випадках.

Загальний клінічний рахунок до оперативного втручання у пацієнтів I групи складав $20,75 \pm 3,56$, а у пацієнтів II групи – $22,50 \pm 3,43$. Через рік після оперативного лікування вказаний показник складає вже, відповідно, $3,71 \pm 0,89$ та $7,45 \pm 0,92$. Подібне вказує на те, що після комплексного лікування пацієнтів симптоми ХВН за рік регресували в I групі майже у 5,5 рази, а в II групі у 3 рази.

В I групі хворих показник важкості захворювання зменшився в 5,5 рази порівняно із доопераційним, а у пацієнтів II групи тільки у 2,5 рази. Останнє вказує на більш глибоке ураження венозної системи нижніх кінцівок у пацієнтів II групи.

Показник якості життя серед пацієнтів II групи проявляє кращу тенденцію до зростання, але в порівнянні із показником у пацієнтів I групи він

залишається нижчим, що обумовлено ураженням клапанного апарату глибоких вен внаслідок перенесеного в минулому флеботромбозу.

Розділ 6. Обговорення отриманих результатів. В розділі пошукач доводить ефективність вибраної тактики хірургічного лікування гострого варикотромбофлебиту у хворих із декомпенсованою венозною недостатністю.

Висновки дисертаційної роботи є логічним завершенням наукового дослідження, сформульовані у відповідності до завдань наукової праці, відображають її зміст, обґрунтовані і засвідчують про досягнення мети наукової роботи.

Повнота викладу матеріалів дисертації в опублікованих працях і авторефераті.

За результатами дисертаційного дослідження опубліковано 19 наукових праць, з яких 14 статей: 12 у фахових виданнях рекомендованих ДАК МОН України (3 у науково-метричних виданнях, з яких 2 з іноземним цитуванням Scopus), 2 в інших виданнях, 2 тези у матеріалах міжнародних з'їздів і конференцій, 1 монографія, 1 навчальний посібник, 1 патент України на корисну модель.

Зміст автореферату повністю відповідає матеріалам дисертаційної роботи.

Недоліки дисертації та автореферату щодо їх змісту та оформлення. Матеріал дисертаційної роботи викладено логічно та послідовно. Дисертація та автореферат стосовно їх змісту і оформлення відповідають сучасним вимогам щодо кандидатської дисертації.

Принципових зауважень щодо дисертації та автореферату немає.

Зауваження до висновків: Висновки носять обширний, описовий характер.

Рекомендації щодо використання результатів дисертаційного дослідження в практиці.

Результати дослідження дисертаційної роботи, її практичні рекомендації доцільно впровадити у роботу хірургічних відділень судинного профілю.

Висновок. Дисертаційна робота Кочмаря Олександра Михайловича “Лікування гострого варикотромбофлебиту у хворих із декомпенсованою венозною недостатністю” є завершеною, самостійно виконаною науково-дослідницькою працею, опрацьована на сучасному науково-методичному рівні. За актуальністю теми, обсягом проведених досліджень, викладеним матеріалом, науковим значенням та новизною, практичним значенням одержаних результатів, обґрунтованістю та об’єктивністю висновків робота повністю відповідає вимогам п. 11 Порядку присудження наукових ступенів, затвердженого Постановою Кабінету Міністрів України від 24.07.2013 № 567 (із змінами, внесеними згідно з Постановою Кабінету Міністрів України № 656 від 19.08.2015) стосовно дисертацій на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук, а її автор Кочмарь Олександр Михайлович за вирішення актуальної наукової задачі покращення результатів лікування хворих із хронічною венозною недостатністю нижніх кінцівок, що ускладнена варикотромбофлебітом і відкритими трофічними виразками заслуговує на присудження наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.03 – хірургія.

Офіційний опонент:

доктор медичних наук, професор,

завідувач кафедри хірургії № 2

ДВНЗ "Тернопільський національний медичний
університет імені І.Я. Горбачевського" МОЗ України

Венгер І.К.



16. 05. 2019 р.

завіряю

Помічник ректора з кадрових питань
Тернопільського медуніверситету

*Відзвук офіційного опонента
надійшло до спец. раху. 20.05.2019р
Венгер І.К. О.В. Кочмарь*