

ВІДГУК

офіційного опонента на дисертаційну роботу Сірчак Степана Степановича „Хірургічні способи лікування гострого варикотромбофлебіту великої підшкірної вени”, подану до офіційного захисту у спеціалізовану вчену раду К 61.051.08 при Державному вищому навчальному закладі «Ужгородський національний університет» МОН України на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.03 – хірургія.

Актуальність теми дисертаційної роботи. Гострий тромбофлебіт поверхневих вен нижніх кінцівок є найпоширенішим ургентним судинним захворюванням (Кириєнко А.И. и др., 2012; Kalodiki E et al., 2012). У 85,0–95,0 % хворих тромбофлебіт розвивається на фоні варикозної хвороби - варикотромбофлебіт (Константинова Г.Д. и др., 2010). У 5,0–15,0 % хворих гострий тромбофлебіт розвивається на фоні варикозно трансформованих підшкірних вен при посттромбофлебітичній хворобі. Ряд проявів патології може бути проявом системного або онкологічного захворювання (Савельєва В.С., Кириєнко А.И., 2014).

Басейн великої підшкірної вени втягується в тромботичний процес у 60,0 – 80,0 % випадків, басейн малої підшкірної вени – у 10,0–20,0 % (Богачев В.Ю., 2007). Білатеральне ураження поверхневих вен нижніх кінцівок зустрічається у 5,0 – 10,0 % спостережень. Бокерія Л.А. (2008) доводить, що симультантне ураження поверхневих і глибоких вен спостерігається у 12,0 - 44,0 % випадків (Бокерія Л.А. и др., 2008). А Кириєнко А.В. (2012), Brattler W. (2008) вказують, що варикотромбофлебіт тільки у 10,0 – 15,0 % спостережень може поєднуватися з тромбозом глибоких вен. Перехід гострого поверхневого тромбофлебіту на глибокі вени відбувається через сафено-фemorальне або сафено-поплітеальне співгірло у 12,0 %, через пронизні вени – у 2,0 % спостережень (Гардубей Е. Ю. и др., 2015; O'Donnell T.F. et al., 2015.).

На сьогодні тактика хірургічного лікування гострого варикотромбофлебіту остаточно не вирішена. Не визначені показання і протипоказання до радикальної флебектомії та строки оперативного втручання при гострому варикотромбофлебіті.

Відсутнє доказове обґрунтування доцільності виконання різних хірургічних втручань. Практично не вирішеним є питання лікувальної тактики при переході тромботичного процесу на пронизні вени з прямою загрозою тромбозу глибоких вен. Не відпрацьовані особливості техніки операції та методи тромбектомії з магістральних і пронизних вен. Вирішення вказаних питань лягли в основу дисертаційної роботи.

Наукова новизна отриманих результатів. У роботі вперше обґрунтовано використання радикального методу хірургічного лікування гострого варикотромбофлебиту.

Вперше здійснено систематизацію атипових форм гострого варикотромбофлебиту басейну великої підшкірної вени на стегні, підколінній ямці, на гомілці.

Вперше встановлено вплив вертикального рефлюксу на швидкість тромбоутворення, де максимальна швидкість спостерігається при розповсюдженому рефлексі при його контакті з голівкою тромбу.

Встановлено, що поширення тромба у дистальному напрямку відбувається тільки за наявності горизонтального рефлюкса по неспроможних пронизних вен.

Вперше виявлено, що у 14,5% хворих на ГВТФ ВПВ наявна патологічна венозна циркуляція на стегні, яка впливає на швидкість тромбоутворення та викликає функціональну клапанну неспроможність у стегновій вені.

Уперше запропонована методика склерооблітерації, яка спрямована на розрив патологічної циркуляції на стегні при ГВТФ.

Розроблена комбінована мініінвазивна техніка хірургічного лікування ГВТФ у хворих із важкими супутніми захворюваннями.

У хворих із «подвійною» патологічною циркуляцією на стегні при ГВТФ ВПВ впроваджена операція кросектомії з коротким стріпінгом на стегні та дистальною стовбуровою склерооблітерацією.

Теоретичне значення результатів дослідження. У роботі отримано подальший розвиток дослідження етіопатогенетичних механізмів формування та поширення тромботичного процесу у великій підшкірній вені, що в значній мірі залежить від вертикального та горизонтального рефлексу, останнє дало можливість

обґрунтувати срочність, виду та об'єм операції на поверхневій венозній системі нижньої кінцівки.

Практичне значення отриманих результатів. Застосування ультрасонографії з кольоровим дуплексним скануванням у горизонтальному та вертикальному положенні із застосуванням проби Вальсальви дає можливість встановити справжню небезпеку ембологенності варикотромбофлебиту та встановити срочність, вид і об'єм хірургічного втручання на поверхневій венозній системі нижньої кінцівки.

При гострому варикотромбофлебіті системи великої підшкірної вени радикальна флебектомія повинна забезпечити роз'єднання патологічного кола венозної циркуляції на стегні та гомілці.

Тромботичний процес у пронизних венах вимагає проведення субфасціальної екстирпації пронизних вен.

При індуративних змінах на гомілці у хворих із гострим варикотромбофлебітом системи великої підшкірної вени з метою забезпечення косметичності хірургічного лікування слід провести кросектомію, короткий стріпінг на стегні та дистальну стовбурова склерооблітерацію на гомілці.

У хворих на гострий варикотромбофлебіт системи великої підшкірної вени за наявності вираженої супутньої патології рекомендовано провести пункційне склероблокування вище та нижче тромба з наступним флебоцентезом та тромбектомією із ураженого тромботичним процесом сегмента та проведення після вказаного склерооблітерації дезоблітерованої ділянки великої підшкірної вени.

Ступінь обґрунтованості наукових положень, висновків і рекомендацій, сформульованих у дисертації, їх достовірність і новизна. Наукова робота викладена на 143 сторінках основного тексту і складається із вступу, огляду літератури, розділу "Матеріали та методи дослідження," трьох розділів власних досліджень, розділу "Обговорення отриманих результатів дослідження," висновків, практичних рекомендацій, списку використаних літературних джерел. Бібліографічний покажчик містить 188 літературних джерел. Дисертація ілюстрована 27 таблицями та 44 рисунками.

В розділі огляду літератури "Лікування гострого висхідного тромбофлебиту поверхневих вен нижніх кінцівок" представлено наукові дослідження щодо

етіології та патогенезу розвитку гострого тромбофлебіту підшкірних вен нижньої кінцівки. Вказано на можливості діагностики уражень венозного русла нижніх кінцівок і гострого тромбофлебіту підшкірних вен нижньої кінцівки, зокрема. Проведено характеристику ряду оперативних втручань на великій підшкірній вені в умовах гострого тромбофлебіту, ускладнених його форм, що дало можливість виділити ряд невирішених проблем у лікувальній тактиці, вибору об'єму та методів варикотромбофлебіту.

Розділ 2 “Матеріали та методи дослідження.” В основу роботи покладені матеріали обстеження та лікування 264 пацієнта із ГВТФ системи ВПВ. Для вирішення завдань діагностики та лікування хворі були розділені на 5 клінічних груп: 1 група – пацієнти з флотуючим тромбом і тромбованими пронизними венами – 71 хворий. У 30 пацієнтів виявлено флотуючий тромб у глибоку венозну систему, тромбовані пронизні вени - 18, флотуючий тромб у ВПВ – 16, флотуючий тромб у притоках ВПВ – 7 спостережень; 2 група – 36 хворих із висхідною формою ГВТФ ВПВ, у яких тромб поширювався до СФС; 3 група – 83 пацієнти з висхідною формою ГВТФ з локалізацією на рівні н/3 стегна у 47 спостереженнях та з локалізацією на рівні в/3 гомілки у 36 випадках. У всіх спостереженнях відмічено зв'язок вертикального рефлюкса з верхівкою тромба; 4 група – оклюзивний тромбоз ВПВ – 53 хворих, з яких 26 пацієнтів мали важку супутню патологію. У 20 хворих був післяінфарктний кардіосклероз і були віднесені до III ФК згідно з НІНА. Шестеро пацієнтів мали наслідки перенесеного порушення мозкового кровообігу. У 21 пацієнта діагностована гіпертонічна хвороба III ступеня. У 27 пацієнтів виявлено оклюзивний тромбоз гілок ВПВ на рівні гомілки; 5 група – 21 пацієнт з атиповою формою ГВТФ ВПВ.

До атипових форм ГВТФ віднесено пацієнтів: 1) локальний тромбоз стовбура ВПВ; 2) ізольований тромбоз варикозно змінених приток ВПВ та колатералей (без патології магістральних стовбурів); 3) поєднання ізольованого тромбозу приток ВПВ із локальним тромбофлебітом магістрального стовбура; 4) локальний тромбоз поверхневої вени та локальний тромбоз глибокої вени («грибоподібна» форма ГВТФ, тромбоз у вигляді «запонки»); 5) ізольований тромбофлебіт приток ВПВ та пронизної вени з локальним тромбозом глибокої вени.

У хворих із проксимальною межею тромбозу у в/3 гомілки розповсюджений венозний рефлюкс у 66,7 % випадків досягає верхівки тромбу.

Отримані УСГ дані засвідчили, що при локальному рефлюксі спастичні властивості венозної стінки і схильність до спазму перед верхівкою тромба зберігаються, таким чином венозний тонус не дає можливості подальшого швидкого росту.

Ультразвуковий моніторинг проксимальної межі тромбу протягом 24 годин при розповсюдженому рефлюксі вказував на зниження еластичності та виражене пошкодження м'язової оболонки вени, зниження її тонусу, що визначається на її скоротливій здатності, що, у свою чергу, призводить до наростання тромбу на $33,1 \pm 3,0$ мм/добу ($t = 0,00003$).

У хворих із розповсюдженими рефлюксами без варикозних крупних колатералей швидкість наростання тромбу була ще вищою – $38,0 \pm 4,5$ мм/добу ($t = 0,00002$).

При вертикальному рефлюксі потік крові, що сягає верхівки тромбу, розширює діаметр вени перед ним і навколо нього, перешкоджає фіксації його до стінки вени, сприяючи формуванню флотуючого тромбу.

Розділ 4 “Хірургічне лікування гострого варикотромбофлебиту великої підшкірної вени.” Показом до радикальної одномоментної флебектомії вважали: ГВТФ в басейні ВПВ у в/3 стегна; гострий варикотромбофлебіт стовбура ВПВ у в/3 гомілки та н/3 стегна при поширеному вертикальному рефлюксі, який доходить до верхівки тромбу; гострий висхідний варикотромбофлебіт поверхневих вен на фоні варикозної хвороби, ускладненої сафено-феморальним, сафено-поплітеальним тромбозом, або тромбозом пронизних вен. За відносними показами радикальне хірургічне втручання може бути виконане при «локальному» і/або ізольованому ГВТФ у соматично здорових пацієнтів.

Першу групу склав 71 випадок із ембологенною формою ГВТФ, з них 1 підгрупу склало 25 (9,5 %) випадків флотуючого тромбу у глибоких венах та 18 (6,8 %) випадків із тромбованими пронизними венами. Показання до невідкладних (екстрених) втручань: флотуючі тромби у стовбурі ВПВ; флотуючі тромби у притоках; флотуючі тромби у стегновій вені; тромбовані перфоранти на стегні; тромбовані перфоранти на гомілці.

Другу групу склали 36 (13,6 %) випадків із висхідною формою ГВТФ, у котрих верхівка тромбу доходила до СФС. Виділення цих хворих у окрему групу пов'язано із справжньою загрозою переходу ГВТФ через пригирловий клапан у глибоку систему. При висхідній формі ГВТФ ВПВ термінова операція була виконана у перші 24 години з моменту поступлення.

Третю групу склали 83 (31,4 %) випадки, які були об'єднані за такими клінічними та ультразвуковими ознаками: локалізація варикотромбофлебиту на рівні нижньої третини стегна (47 хворих) та верхньої третини гомілки (36 пацієнтів) за наявності зв'язку венозного рефлюксу з верхівкою тромбу. Встановлена підвищена швидкість тромбоутворення при контакті розповсюдженого венозного рефлюксу у ВПВ з верхівкою тромбу, схильність до формування флотуючих тромбів. Вказані фактори свідчать на користь термінового операційного втручання у хворих на ГВТФ нижньої третини стегна та верхньої третини гомілки.

Слід відзначити, що варикотромбофлебіт у нижній третині стегна був показанням до термінового хірургічного втручання у таких випадках: при неспроможності перфорантів Додда та Гантера; ізольованому ГВТФ вени Джакоміні, пов'язаній з гирлом МПВ, коли існує загроза поширення тромбофлебиту через неї на підколінну вену та стовбур ВПВ; висхідному характері ГВТФ та наявності флотуючого тромбу на рівні нижньої третини стегна у стовбурі ВПВ.

Четверта група об'єднала 53 (20,1 %) операційних втручання, де у 27 (51,0 %) випадках мав місце оклюзійний тромбоз гілок ВПВ на гомілці, а у 26 (49,0 %) було діагностовано оклюзійний або пристінковий тромб стовбура ВПВ на стегні. Виділення цієї групи базувалося на таких ознаках: 1) локалізація тромбофлебиту у системі ВПВ тільки на гомілці або стегні; 2) відсутність флотуючих тромбів у стовбурі ВПВ та притоках; 3) відсутність рефлюксу, що контактує з верхівкою тромбу; 4) відсутність висхідного характеру ГВТФ. Слід відзначити, що участь вени Леонардо у процесі тромбоутворення зумовлює більш активну хірургічну тактику у зв'язку з наявністю прямого сполучення останньої з перфорантами групи Кокета. У решти пацієнтів у зв'язку з відсутністю загрози поширення

тромбофлебіту на глибокі вени та розвитком тромбоемболічних ускладнень показані радикальні комбіновані відтерміновані флебектомії.

П'яту групу склав 21 пацієнт з атиповими формами ГВТФ, ці хворі стратегічно і тактично були розділені на три підгрупи: I підгрупа – 8 пацієнтів із вертикальним рефлюксом у стовбурі ВПВ. II підгрупа – 6 хворих із рефлюксом у неспроможних непрямих пронизних венах стегна або гомілки. III підгрупа – хворі з ГВТФ та рефлюксом у неспроможних прямих наскрізних венах.

Радикальне хірургічне лікування ГВТФ у басейні ВПВ включає: кросектомію вен із виконанням тромбектомії у випадку переходу тромба на глибокі вени; субфасціальну обробку неспроможних та тромбованих пронизних вен; видалення тромбованого стовбуру і/або склеротерапію, флебектомію приток ВПВ з конгломератами підшкірних вен на гомілці та стегні.

На стратегію та тактику лікування впливають: наявність і/або відсутність рефлюкса, який контактує з верхівкою тромба, наближеність і/або віддаленість тромба від співгирла, неспроможність вен і/або їхній тромбоз, перехід ГВТФ з поверхневої на глибоку венозну систему.

У 21 пацієнта виявлено атипові форми ГВТФ, які стратегічно і тактично були розділені на три групи: 1 група – рефлюкс у ВПВ; 2 група – рефлюкс у ВПВ відсутній, наявний рефлюкс у непрямих неспроможних пронизних венах на стегні та гомілці; 3 група – рефлюкс у прямих неспроможних пронизних венах. Термінова операція на стегні: КЕ + короткий стріпінг + флебектомія і/або склерооблітерація приток. Термінова операція на гомілці розпочинається з видалення ВПВ: КЕ + довгий стріпінг ВПВ + флебектомія приток + відкрита субфасціальна резекція (міні-Лінтон).

Терміновість хірургічного втручання при ГВТФ ВПВ визначає небезпека ТЕЛА, тому невідкладні (екстрені) операції мають виконуватися протягом 4-6 годин з моменту надходження хворого, термінові – протягом 24 годин, відтерміновані – > 24 годин із моменту поступлення.

Хворі на ГВТФ ВПВ з ембологенними формами варикотромбофлебіту потребують невідкладного екстреного втручання.

При локалізації проксимального рівня тромбозу на рівні СФС і контакті вертикального рефлюкса з верхівкою тромбу ВПВ показані термінові хірургічні втручання.

При атипових формах ГВТФ ВПВ, за винятком участі в патологічному процесі вени Леонардо та відсутності контакту рефлюкса з верхівкою тромба, – показані відтерміновані операції.

Проксимально-дистальна пункційна склерооблітерація (вище та нижче ультрасонографічної межі) тромбозу ВПВ у хворих із важкою супутньою патологією, з наступним флебоцентезом, тромбектомією та склерооблітерацією ураженої ділянки ВПВ здатна зупинити подальше розповсюдження варикотромбофлебиту.

Розділ 5 “Результати лікування“. Серед 264 оперованих хворих спостерігали 8 (3,0 %) місцевих ускладнень у вигляді крайових некрозів, лімфореї та по одному нагноєнню післяопераційної рани й субфасціальній гематомі.

У пацієнтів із патологічним вертикальним рефлюксом у стегновій вені після радикальної флебектомії з приводу ГВТФ ВПВ параметри рефлюкса зменшуються до фізіологічних до 70,0 % протягом трьох років спостереження.

Термінова радикальна флебектомія при ГВТФ ВПВ покращує стан хворих, спостерігається зменшення тяжкості захворювання через 6 місяців у 2,8 разів, через рік – у 6,2 разів, через 3 роки – в 9 разів. Працездатність хворих на ГВТФ ВПВ за шкалою (VDS) була порушена у 95,0 % пацієнтів до операції, через 6 місяців після радикальної флебектомії 88,0 % були працездатні.

При порівнянні параметрів ЯЖ відзначаються кращі показники у групі хворих, яким була виконана кросектомія і склерооблітерація, що пов'язано з меншою травматичністю втручання. Проте емоційна роль та життєздатність, що є елементами психологічного компоненту здоров'я, були вищі у групі хворих, котрим виконана флебектомія і, відповідно, склали $98,4 \pm 0,6$ та $82,0 \pm 4,6$ проти $66,1 \pm 0,8$ та $76,1 \pm 1,1$.

Розділ 6 “Обговорення отриманих результатів.” Пошукач в розділі наводить результати дослідження, обґрунтовуючи їх отримання шляхом проведення глибокого наукового аналізу, розробок нових методик, а в ряді спостережень удосконалюючи існуючі. Наукове дослідження дало можливість сформулювати висновки та практичні рекомендації.

Повнота викладу матеріалів дисертації в опублікованих працях і авторефераті.

Матеріал, викладений в авторефераті, повністю відповідає результатам дослідження, представленими в дисертаційній роботі.

За темою дисертаційного дослідження опубліковано 10 наукових праць у фахових журналах, рекомендованих ДАК України, одна стаття в журналі, який входить до наукометричної бази Scopus, 1 – у матеріалах міжнародної конференції (Вітебськ, Білорусія).

Недоліки дисертації щодо їх змісту і оформлення.

Дисертаційна робота містить вирішення ряду спірних і актуальних питань. Наукове дослідження дало можливість обґрунтувати виконання радикального оперативного втручання при варикотромбофлебіті, при ряді атипичних форм варикотромбофлебіту, терміни їх виконання. У зв'язку із вказаним у опонента не виникло принципових зауважень до наукових положень та висновків дисертаційної роботи.

Запитання: Чи можна варикотромбофлебіт на рівні н/3 стегна та в/3 гомілки за наявності зв'язку венозного рефлюкса із верхівкою тромба, що сприяє наростанню тромба із швидкістю $33,1 \pm 3,0$ мм/добу ($t = 0,00003$), характеризувати як емболонебезпечний оклюзивний тромб?

Рекомендації щодо використання результатів дисертаційного дослідження в практиці.

Результати дослідження дисертаційної роботи впровадити в роботу судинних та хірургічних відділень.

Висновок. Дисертаційна робота Сірчак Степана Степановича “Хірургічні способи лікування гострого варикотромбофлебіту великої підшкірної вени” є

закінченою науковою працею, в якій отримано нові науково обґрунтовані та аргументовані результати, що в сукупності є суттєвими для визначення терміну проведення хірургічного лікування, вибору об'єму та методу радикального оперативного втручання при варикотромбофлебіті великої підшкірної вени. Робота відповідає п. 11. "Порядку присудження наукових ступенів і присвоєння вченого звання старшого наукового співробітника", що ставляться до кандидатських дисертацій, а її автор заслуговує присудження наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю хірургія - 14.01.03

Офіційний опонент:

д-р.мед.наук, професор,

зав. кафедрою хірургії № 2

Тернопільського державного медичного університету

імені І.Я. Горбачевського МОЗ України



Особистий підпис

Венгера І.К.

завірлю

Помічник ректора з кадрових питань

Тернопільського медуніверситету

Венгер І.К.

А. Шурденкова

*Взвук офіційного опонента
нарізаний у спец. раду 26.03.2016р.
Вчений секретар спец. ради К.С.С.С.С.
д. мед. н, професор*

О.В. Літасюк