

## ВІДЗИВ

офіційного опонента, д. мед. н., професора Пиптюка Олександра Володимировича про дисертаційну роботу Сірчака Степана Степановича «Хірургічні способи лікування гострого варикотромбофлебіту великої підшкірної вени» подану на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.03- хірургія.

### **1. Актуальність вибраної теми дисертації.**

Захворюваність на гострий тромбофлебіт залишається невідомою. Частота поверхневого тромбофлебіту (STP) в загальній популяції коливається від 3% до 11%, хоча вважається заниженою. Середній вік 60 років і більше у жінок. Чим старше пацієнт, тим менше є факторів, які призводять до його розвитку.

Розширення великої підшкірної вени (ВПВ), особливо стегновий сегмент є найбільш поширеним сценарієм і зустрічається у 17% -19% випадків. Гомілковий сегмент спостерігається в асоціації з ТГВ в 4-5% від загальної кількості випадків. Слід зазначити, що тромбофлебіт є фактором ризику для розвитку і рецидиву тромбозу глибоких вен в 6% - 53%. Для виключення тромбозу глибоких вен і підтвердити наявність STP і її масштаби при діагностиці необхідно виконувати сканування обох нижніх кінцівок. Поширення тромбу з поверхневої системи в глибокі вени може відбутися через сафенофеморальне і saphenopopliteal співустя і перфорантні вени (Decousus H, Bertolletti L, Frappé P, et al. Recent findings in the epidemiology, diagnosis and treatment of superficial-vein thrombosis. Thromb Res. 2011)

У літературі, легенева емболія у хворих із тромботичними станами відзначається із частотою від 1,5% до 33%. STP також є фактором ризику рецидиву легеневого емболізму. Тромбоембологія легеневої артерії частіше зустрічається при тромбозі ВПВ вище коліна (18%), у порівнянні з тромбозом підшкірної вени гомілкового сегменту (4%) (Decousus H, Quere I, Presles E, et al. POST (Prospective Observational Superficial Thrombophlebitis) Study Group. Superficial vein thrombosis and venous

thromboembolism: a large prospective epidemiological study. Ann Intern Med. 2010), Di Nisio M, Wichers IM, Middeldorp S. Treatment for superficial thrombophlebitis of the leg. Cochrane Database Syst Rev. 2012.

Немає до теперішнього часу єдиної думки з приводу лікування даної патології. Дослідження CALISTO, міжнародне, рандомізоване, подвійне сліпе, плацебо-контрольоване із 3,002 patients. Порівнювалися консервативне лікування із підшкірним введенням фондапарінукса 2,5 мг один раз на день впродовж 45 днів із плацебо. Серед учасників були госпіталізовані або негоспіталізовані пацієнти старше 18 років, з гострим тромбофлебітом нижньої кінцівки STP, довжиною не менше 5 см, підтверджені ультразвуковим дослідженням. Інший огляд, в якому хірургічне лікування порівнювали з антикоагулянтною терапією показали аналогічні темпи прогресування STP, однак частота венозної тромбоемболії і ускладнення були вище з surgery (Sullivan V., 2001). В іншому дослідженні, не спостерігалось жодної різниці між хірургічним лікуванням та 4-х тижневою терапією еноксапарином (Lozano F. S., 2003).

Виходячи із вищесказаного, дисертаційна робота, присвячена покращенню результатів лікування хворих на гострий варикотромбофлебіт нижніх кінцівок, шляхом розробки хірургічних способів лікування залежно від розповсюдженості патологічного процесу, венозної гемодинаміки та супутньої патології має велике наукове та практичне значення для органів охорони здоров'я.

## ***2. Зв'язок теми дисертації з державними чи галузевими науковими програмами.***

Дисертаційна робота Сірчака Степана Степановича «Хірургічні способи лікування гострого варикотромбофлебіту великої підшкірної вени» є фрагментом науково-дослідної роботи кафедри хірургічних хвороб медичного факультету ДВНЗ «Ужгородський національний університет» із держбюджетної тематики: ДБ – 716 № 011U002520: «Методи хірургічної профілактики ТЕЛА». Здобувач є співвиконавцем даної науково-дослідної роботи.

### ***3. Новизна досліджень та одержаних результатів.***

Дисертант вперше на великому клінічному матеріалі обґрунтовано довів використання методу радикального хірургічного лікування гострого варикотромбофлебіту, у тому числі при сафено-феморальному тромбозі.

Вперше детально систематизовано атипові форми ГВТФ у басейні ВПВ на стегні, підколінній ямці, на гомілці.

Автором встановлено, що ріст тромбу може відбуватись у дистальному напрямку тільки за наявності горизонтального рефлюксу з неспроможних пронизних вен.

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

Сірчак С. С. розробив оригінальний спосіб склерооблітерації, направлений на розрив патологічної циркуляції на стегні, при ГВТФ і розробив комбіновану мініінвазивну техніку хірургічного лікування ГВТФ у хворих із важкими супутніми захворюваннями.

Заслуговує уваги запропонований дисертантом лікувально - діагностичний алгоритм лікування пацієнтів із тромбофлебітом великої підшкірної вени.

### ***4. Теоретичне значення результатів дослідження.***

Результати дослідження дали можливість розробити і впровадити в заклади охорони здоров'я лікувально - діагностичну програму, яка оптимізує підходи до діагностики та диференційованого комплексного лікування цієї патології.

Матеріали дисертації використовуються у навчальному процесі студентів медичного факультету, факультеті післядипломної освіти «УжНУ».

### ***5. Практичне значення результатів дослідження.***

Для визначення справжньої небезпеки тромбоемболії легеневої артерії, виду і об'єму хірургічного втручання, рекомендовано проводити кольорове дуплекс-сканування у горизонтальному та вертикальному положенні на висоті проби Вальсальви.

Сірчак С. С. розробив рекомендації щодо радикальності флебектомії при гострому варикотромбофлебіті великої підшкірної вени, яка визначається розривом патологічних кіл венозної циркуляції на стегні та гомілці.

У хворих на ГВТФ ВПВ з важкою супутньою патологією рекомендує пункційне склероблокування вище та нижче тромбу ВПВ з флебоцентезом та тромбектомією з наступною склерооблітерацією тромбованої ділянки ВПВ.

***6. Ступінь обґрунтованості та достовірності положень, висновків і рекомендацій, сформульованих у дисертації.***

Результати дисертаційної роботи базуються на обстеженні та лікуванні 264 хворих на ГВТФ системи ВПВ, які знаходилися на лікуванні в судинному відділенні Закарпатської обласної клінічної лікарні ім. Андрія Новака з 2013 по 2015 роки, що є достатнім для отримання достовірних даних.

Використані сучасні інформативні методи дослідження в діапазоні існуючих галузевих стандартів. Для оцінки загальних змін в організмі спричинених ЦД застосовували загальноновизнані діагностичні підходи, які передбачали використання ультразвукографічних, електрокардіографічних методик.

Вивчення коагуляційних властивостей крові досліджували за допомогою гемостазіограми до та після проведеного лікування.

На основі результатів досліджень сформований діагностично-лікувальний алгоритм комплексного лікування хворих на тромбофлебіт підшкірних вен.

Всі наукові результати піддані статистичній обробці і представлені у вигляді 27 таблиць і 44 рисунків.

Дисертаційна робота викладена на 143 сторінках друкованого тексту. Складається зі вступу, 5 розділів, висновків і списку літературних джерел (кирилицею 114, латиницею 74).

У вступі, який викладений на 6 сторінках, дисертант розкриває суть наукової проблеми, її значимість, вихідні дані, підстави та обґрунтування актуальності свого дослідження. Тут, у послідовності, рекомендованій ДАК України розкрито актуальність теми, мету і завдання дослідження, зв'язок роботи з науковими програмами, наукову новизну одержаних результатів, практичне значення роботи, особистий внесок здобувача, апробацію результатів дослідження та публікації за темою дисертації.

В розділі 1. “Огляд літератури”, викладеному на 21 сторінці, детально висвітлені основні нерозв'язані питання проблеми. Описано характеристику, клінічну картину, методи діагностики гострого тромбофлебіту. Вказано, що гострий тромбофлебіт поверхневих вен нижніх кінцівок є найпоширенішим ургентним судинним захворюванням.

Тромботичний процес, який локалізується в проксимальних відділах великої і малої підшкірних вен, загрожує поширенням тромбозу на глибоку венозну систему за рахунок переходу тромбу через сафено-феморальне, сафено-поплітеальне співустя або через неспроможні пронизні вени із розвитком масивної легеневої емболії.

Акцентується увага на те, що дане захворювання досить часто має рецидивний характер, і поряд із ураженням глибоких вен, призводить до тривалої, а часом і стійкої втрати працездатності.

Автором вказується на те, що при гострому висхідному тромбофлебіті немає єдиної думки щодо підходів до лікування, а операція, виконана в першу добу, є основою профілактики ТЕЛА, при цьому розглядається чотири основні варіанти оперативного лікування: 1) кросектомія; 2) кросектомія у поєднанні зі склеротерапією і «пункційною» тромбектомією; 3) відтерміноване радикальне хірургічне лікування; 4) одномоментна радикальна операція.

Хірургічна тактика вирішуються так ( Мішалов В. Г.2015):

– екстренна операція проводиться при безпосередній загрозі ТЕЛА: флотуючий характер тромбозу, локалізація проксимальної межі тромбофлебіту безпосередньо у сафено-феморальному співгирлі.

Основне хірургічне втручання - кросектомія. При переході тромбозу на співгірло проводиться тромбектомія із загальної стегнової вени;

– відносні покази до оперативного втручання при гострому тромбофлебіті середньої та нижньої третини стегна, допускається консервативне ведення хворих із щоденним ультразвуковим контролем. Операція проводилася у відтермінованому порядку в обсязі радикальної венектомії;

– при виявленні супутнього ембологенного тромбозу глибоких вен стегново-підколінного сегменту - тромбектомія з перев'язкою поверхневої стегнової вени. При поширенні тромбозу на ілеокавальний сегмент проводилася ілеокаваграфія, а при виявленні флотуючого тромбу дослідження закінчувалося імплантацією кава-фільтра.

На основі аналізу різних літературних джерел, пошукач дійшов висновку, що сьогодні відсутні наукові праці, які б інтегрально оцінювали сучасні клініко-патоморфологічні особливості цієї патології в контексті вдосконалення існуючих підходів до діагностики та лікування ГВТФ ВПВ і тому пошук оптимального алгоритму обстеження та лікування даної категорії хворих ще триває.

Огляд літератури завершується узагальнюючим висновком про ті окремі положення, які потребують детального вивчення і визначають необхідність наукового дослідження для підвищення рівня життя та заощадження значних коштів для охорони здоров'я.

У розділі 2 “ Матеріали та методи дослідження”, представлено на 13 сторінках, проаналізовано і охарактеризовано (обстежено і проліковано) 264 хворих на ГВТФ системи ВПВ, які знаходилися на лікуванні в судинному відділенні Закарпатської обласної клінічної лікарні ім. Андрія Новака з 2013 по 2015 роки.

Автор розділив хворих з ГВТФ у басейні ВПВ за класифікацією CEAP і вони становили, із класом C3, було 35,6%, C4 –39,8%, C5 – 4,6 %.

Із усіх 264 обстежених хворих анамнестично у 90,2% варикотромбофлебіт був висхідним, у 4,5% мав місце одночасно і низхідний характер процесу, решта 14 (8,3 %) пацієнтів не могли чітко визначитись. Сірчак С. С. виділив і атипові форми ГВТФ.

Автор, за результатами ультразвукового дослідження, в залежності від поширеності тромботичного процесу виділялив п'ять типів поверхневого варикотромбофлебіту:

Розділ 2.2 Ультрасонографія вен нижніх кінцівок при ГВТФ чітко описана методика обстеження. Розділ написаний добре і грамотно.

Підозділ, «Загальні лабораторні та біохімічні методи дослідження», складає 8 сторінок. Для вирішення поставлених задач дослідження, пошукачем застосовані сучасні загальноклінічні, лабораторні, інструментальні та спеціальні методи дослідження. Для комплексного вивчення стану згортаючої і фібринолітичної систем в умовах гострого венозного тромбозу були проаналізовані результати гемостазіограм 30 пацієнтів обстежуваної групи.

Розділ 2.3 Хірургічні методи лікування ГВТФ ВПВ.

Автором, згідно поставленої задачі дослідження, було виконане радикальне хірургічне лікування у 90,2 % хворих. Тільки у 9,8% хворих радикалізм втручання зведено до флебоцентезу, тромбектомії з катетерною та проксимально-дистальною пункційною склерооблітерацією.

Розділ 2.4 Кількісна та якісна оцінка результатів лікування хворих на ГВТФ.

З метою вивчення ефективності термінового радикального лікування ГВТФ була проведена кількісна оцінка результатів на підставі об'єктивних і суб'єктивних показників до операції, через 6 місяців, через рік і 3 роки.

Отримана база даних та програмна автоматична обробка результатів дослідження дозволили зіставляти результати за різними критеріями та використовувати отримані параметри у статистичній обробці матеріалу.

Розділ 3. Клінічні прояви ГВТФ та результати ультразвукових методів обстеження представлений на 22 сторінках.

На основі проведеного обстеження, були згруповані 5 видів поширення тромботичного процесу, локальний тромбофлебіт; стовбуровий; субтотальний; тотальний. Практично у 92,0% хворих відмічено стовбуровий – тотально – субтотальний та поширений тип ГВТФ із середнім значенням індексу Geneva 8 балів, що вказує на середню ступінь загрози ТЕЛА.

Дуже цікавим є підрозділ вивчення венозної гемодинаміки в умовах гострого варикотромбофлебіту великої підшкірної вени. Серед усіх комплексно обстежених хворих обох груп у 77,1 % хворих виявлено розповсюджений венозний рефлюкс.

Новим є аналіз результатів дослідження, який вказує, що кількість пацієнтів із висхідною формою варикотромбофлебіту збільшується при поширеному венозному рефлюксі, який сягає верхівки тромбу, і в 5,8 разів перевищує кількість хворих із локальним рефлюксом. Визначення патологічного кола венозної циркуляції при локальному рефлюксі у ВПВ через сафено-феморальне співгирло, сафено-поплітеальним співгирло, через вену Джіакоміні дає розуміння порушення крововідтоку і принципів подальшого хірургічного лікування даної категорії хворих.

Автор, на основі отриманих даних зробив наступні висновки:

1. Абсолютними клінічними ознаками ГВТФ ВПВ є біль, гіперемія, болючі тяжі по ходу вени, запальний інфільтрат, виражене розширення поверхневих вен.
2. Серед варіантів тромбофлебітичного ураження ВПВ і великих приток частіше за все виявляли стовбуровий – 51,5 %, субтотальний – 22,3 %, тотальний – 9,5 %, поширений – 8,7 %, локальний – 8 %.
3. Ультрасонографічними патогномічними ознаками ГВТФ ВПВ є ехонеоднородні маси в просвіті судини, збільшення діаметру тромбованої судини, відсутність реакції на стискання ущільненими і потовщеними стінками вени.



4. Установлено, що у 70,2 % хворих із локалізацією тромбу у н/3 стегна розповсюджений вертикальний венозний рефлюкс контактує з верхівкою тромбу.
5. У хворих із проксимальною межею тромбозу у в/3 гомілки розповсюджений венозний рефлюкс у 66,7 % випадків досягає верхівки тромбу.
6. 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.
7. Ультразвуковий моніторинг проксимальної межі тромбу протягом 24 годин при розповсюдженному 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 ( $t = 0,00003$ ).
8. У хворих із розповсюдженими рефлюксами без варикозних крупних колатералей швидкість наростання тромбу була ще вищою –  $38,0 \pm 4,5$  мм/добу ( $t = 0,00002$ ).
9. Установлено, що множинна клапанна неспроможність стегнової вени має функціональний характер за рахунок виникнення патологічного кола венозної циркуляції, коли з ВПВ через неспроможний остіальний клапан виникає вертикальний рефлюкс, який скидується через неспроможні пронизні вени в глибоку венозну систему, викликаючи флебогіпертензію за рахунок надлишкового об'єму венозної крові.
10. 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 ГВТФ ВПВ представлений на 40 сторінках. Аналізу піддано хірургічне лікування 264 хворих на ГВТФ ВПВ.

У 238 (90,2 %) пацієнтів виконана одномоментна радикальна флебектомія. У решті 26 (9,8 %) випадках виконано – проксимальну склерооблітерацію + склеротерапію, флебоцентез + тромбектомію + склерооблітерацію.

Розділ 4.1. Покази до радикальної флебектомії. Зауваження, розділ не може бути на 1 сторінці.

Автор виділяє покази до радикальної одномоментної флебектомії:

1. ГВТФ в басейні ВПВ у в/3 стегна.
2. Гострий варикотромбофлебіт стовбура ВПВ у в/3 гомілки та н/3 стегна при поширеному вертикальному рефлюксі, який доходить до верхівки тромбу.
3. Гострий висхідний варикотромбофлебіт поверхневих вен на фоні варикозної хвороби, ускладненої сафено-феморальним, сафено-поплітеальним тромбозом, або тромбозом пронизних вен.
4. Відносні покази радикального хірургічного втручання автор виділяє «локальний» і/або ізольований ГВТФ у соматично здорових пацієнтів.

Розділ. 4.2 Техніка виконання радикальної флебектомії.

Детально описана методика радикальної флебектомії при ГВТФ із варіантами доступу до сафеностегнового співгирла. Методики описані добре, повноцінно.

Стор 75. Розділ 4.3 Клінічні групи та види операційних втручань.

3 позиції вирішення поставлених завдань хворі були розділені на 5 груп: 1 група – пацієнти з флотуючими тромбами, яким виконувалися операції, які спрямовані на попередження тромбоемболічних ускладнень;

2 група – хворі, яким були виконані операції, спрямовані на попередження поширення тромбофлебіту на глибокі вени і розвитку тромбоемболічних ускладнень;

3 група – пацієнти з висхідною формою ГВТФ та розповсюдженим рефлюксом у стовбурі ВПВ, що контактує з верхівкою тромбу;

4 група – хворі без прогресування ГВТФ та без загрози поширення його на глибокі вени;

5 група – екстрені або відтерміновані операції у хворих з атиповими формами ГВТФ у басейні ВПВ.

Автором, при висхідній формі ГВТФ ВПВ термінова операція була виконана у перші 24 години з моменту госпіталізації. Показом до операції слугували ультразвукові ознаки: локалізація варикотромбофлебіту на рівні нижньої третини стегна та верхньої третини гомілки за наявності зв'язку венозного рефлюксу з верхівкою тромбу.

Сірчак С. С. підкреслює, що кросектомія в ізолюваному варіанті не ліквідує загрозу поширення тромбозу з поверхневих вен на глибокі, оскільки необхідно враховувати можливий горизонтальний рефлюкс через неспроможні пронизні вени і вену Додда.

Відзначено, що і варикотромбофлебіт у нижній третині стегна був показом до термінового хірургічного втручання у випадках, коли є неспроможні перфоранти Додда та Гантера; ізолюваний ГВТФ вени Джіакоміні, пов'язаний із гирлом МПВ, коли існує загроза поширення тромбофлебіту через неї на підколінну вену та стовбур ВПВ; висхідному характері ГВТФ та наявності флотуючого тромбу на рівні нижньої третини стегна у стовбурі ВПВ.

У решти пацієнтів у зв'язку з відсутністю загрози поширення тромбофлебіту на глибокі вени та розвитком тромбоемболічних ускладнень показані радикальні комбіновані відтерміновані флебектомії.

Автор стверджує, що антикоагулянтна терапія при флотуючому ембологенному тромбі не може замінити хірургічні способи лікування і ніяк не впливає на механізм тромбоутворення при ГВТФ.

За отриманими результатами, автор робить заключення, що радикальне хірургічне лікування ГВТФ у басейні ВПВ повинно включати:

1. кросектомію вен із виконанням тромбектомії у випадку переходу тромба на глибокі вени;

2. субфасціальну обробку неспроможних та тромбованих пронизних вен;
3. видалення тромбованого стовбуру і/або склеротерапію, флебектомію приток ВПВ з конгломератами підшкірних вен на гомілці та стегні.

Тільки при такій послідовності з використанням усіх етапів логічно досягається доцільність та безпечність втручання.

Стор 89. Розділ 4.4 Хірургічне лікування атипівих форм гострого варикотромбофлебіту.

Цікавим видається виділення автором 5 основних гемодинамічних варіантів варикозної хвороби нижніх кінцівок у басейні ВПВ, які практично можуть бути уражені гострим тромбофлебітом:

- 1) ураження передньо-латеральної притоки ВПВ при неспроможності сафено-феморального співгирла (СФС) та інтактності стовбура ВПВ;
- 2) ураження стовбура ВПВ у межах стегна та варикозне розширення латеральної або медіальної притоки ВПВ;
- 3) ураження стовбура ВПВ до середньої третини гомілки з ГВТФ аркової вени Леонардо;
- 4) ураження дистальної частини стовбура ВПВ та комунікантив гомілки;
- 5) тотальне ураження ВПВ на всій довжині.

Серед обстежених хворих у 21 пацієнта виявлено атипіві 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

Стор 93. Розділ 4.5. Комбіноване склерохірургічне лікування гострого варикотромбофлебіту нижніх кінцівок.

У 69 хворих із ГВТФ системи великої підшкірної вени автор використав склерохірургічні методи в комбінації з малоінвазивними

втручаннями. При цьому основна суть ідеї – це блокування з обох боків в одному випадку основної магістралі, в іншому – великої гілки основної магістралі для перешкоджання переходу тромботичного процесу на основний стовбур вени.

У 43 хворих із ГВТФ був застосований короткий стріпінг на стегні з катетерною дистальною склерооблітерацією. Ця методика виконана у всіх хворих з С 5 та у 11 пацієнтів з С 4 стадією згідно з міжнародною класифікацією CEAP. При цьому індуративні зміни на гомілці не контактують із рановою поверхнею, а склерооблітерація за методикою «foam-form» надійно блокує стовбур ВПВ на гомілці.

У 26 хворих, які мали важку супутню патологію і не погоджувалися на радикальне хірургічне втручання, виконували проксимально-дистальну склерооблітерацію вище та нижче тромбу, флебоцентез та «здоювання тромбу» з катетерною склерооблітерацією.

У важкохворих пацієнтів зі стовбуровою формою висхідного ГВТФ нами запропонована дистально-проксимальна склерооблітерація (над і нижче) тромбованої ділянки з флебоцентезом, тромбектомією та наступною склеротерапією тромбованої вени.

Стор. 102. Розділ 4.6 Показники гемостазу у хворих гострим варикотромбофлебітом нижніх кінцівок до і після хірургічного лікування.

Автором вивчено та проаналізовано результати стану гемостазу у 30 хворих із гострим варикотромбофлебітом вен нижніх кінцівок стадії. Усі хворі отримували стандартне медикаментозне лікування, яке включало спазмолітики, протизапальні препарати, дезагреганти та гепарин (у добовій дозі до 10 000 ОД) і/або низькомолекулярні гепарини в лікувальній дозі.

Зауваження – необхідно вказати діючу речовину, дози, термін введення, кількість введення.

Автором виявлено, що до лікування у хворих на гострий варикотромбофлебіт є схильність до гіперкоагуляції.

Отримані результати гемостазіограми, після проведеного традиційного або комбінованого лікування з використанням склеротерапії у 50 хворих варикотромбофлебітом тенденції до гіперкоагуляції не спостерігали.

Розділ закінчується 7 висновками, які повністю характеризують проведену наукову розробку.

#### Розділ 5. Результати лікування, на 17 сторінках

Використовуючи запропонований алгоритм обстеження і оперативного лікування автором отримані наступні результати: Тривалість післяопераційного періоду у хворих без місцевих ускладнень була в середньому  $8,95 \pm 2,5$  діб, тоді як у трьох хворих із місцевими ускладненнями післяопераційний період склав у середньому  $16,53 \pm 3,6$  діб.

Через 1 і 3 роки після операції за допомогою кольорового дуплексного сканування проводили оцінку клапанної недостатності глибоких вен де було виявлено, через 3 роки після радикального хірургічного лікування хворих на ГВТФ ВГТВ параметри рефлюксу зменшуються до фізіологічних у 70% випадків.

Хворі, яким виконувалася дистально - проксимальна склерооблітерація з флебоцентезом та тромбектомією і катетерною склерооблітерацією (26), впродовж двох років ознак реканалізації склерозованих сегментів вен не простежено.

Через 6 місяців тільки у 5 (12,5 %) хворих виявлено часткову реканалізацію склерозованої вени на гомілці, у 35 (87,5 %) – повна облітерація.

Результати лікування в цій групі хворих визнані відмінними у 3 (7,5%) пацієнтів, хорошими – у 21 (52,5%), задовільними – в 16 (40,0%), «незадовільних» – не було. Косметичний ефект лікування характеризували, як високий.

#### Розділ. 5.2 Віддалені результати лікування.

Було оцінено результати лікування 50 хворих з ГВТФ ВПВ, яким у

терміновому порядку виконана радикальна флебектомія із них 25 хворим виконана кросектомія з коротким стріпінгом на стегні та дистальною катетерною склерооблітерацією за методикою Foam-Form.

Оцінку результатів хірургічного лікування проводили на підставі об'єктивних і суб'єктивних показників до операції, через 6 місяців, через рік і 3 роки. При цьому використовували клінічні шкали (VCSS), (VDS) та (VSDS) американських флебологів.

Якщо до операції венозний рефлюкс спостерігався в  $2,35 \pm 0,51$  сегментах, то після операції тільки в  $0,28 \pm 0,31$ . Ці показники свідчать, що термінова радикальна комбінована венектомія у хворих із гострим варикотромбофлебітом практично ліквідує основу захворювання, а саме – венозний рефлюкс.

Отримані Сірчак С. С. результати вказують, що термінова радикальна венектомія при гострому варикотромбофлебіті у басейні ВПВ покращила стан хворих, знизивши тяжкість захворювання через 6 місяців у 2,8 разів, через рік у 6,2 рази, через 3 роки в 9 разів.

Розділ. 5.3 Порівняльна оцінка якості життя хворих із гострим варикотромбофлебітом залежно від проведеного хірургічного лікування.

Якість життя у вказаних клінічних групах оцінювали за допомогою загальних анкет-опитування MOS SF – 36 (Medical Outcomes Study Short Form-36) у 105 хворих із гострим варикотромбофлебітом залежно від проведеного лікування. Отримані результати вказують, що параметри ЯЖ у пацієнтів, яким була виконана кросектомія із склерооблітерацією практично за всіма шкалами простежуються кращі показники. Проте елементи психологічного компоненту здоров'я, були вищі у групі хворих, котрим виконана традиційна флебетомія, і склали відповідно  $98,4 \pm 0,6$  та  $82 \pm 4,6$  проти  $66,1 \pm 0,8$  та  $76,1 \pm 1,1$ .

Найвищим показником, який склав  $98,3 \pm 0,8$ , був показник соціальної ролі у групі пацієнтів після кросектомії та склеротерапії.

Розділ VI. Обговорення отриманих результатів.

В даному розділі, на 13 сторінках, автор проводить аналіз та узагальнення результатів дослідження, послідовно приводить результати своїх досліджень, аналізує їх з даними інших клініцистів, пропонує досить цінні наукові та практичні концепції.

Також автор пропонує свій погляд на класифікацію гострого тромбофлебіту, ґрунтуючись перш за все на ситуацію, коли є контакт розповсюдженого рефлюксу із верхівкою тромбу. При цій формі ГВТФ можуть діагностуватися флотуючі тромби на різних рівнях ВПВ та її притоках. Тромбофлебіт у задній арковій вені Леонардо на гомілці у басейні ВПВ має зв'язок із неспроможними або тромбованими перфорантами, що несе в собі загрозу поширення тромбозу на глибокі вени гомілки. Між тим, автори, передбачаючи такий шлях розповсюдження тромбофлебіту, не надають йому важливого значення і лікують таких пацієнтів консервативно, що, на погляд автора, є недоречним і мало аргументованим.

За відносними показами відтерміноване радикальне хірургічне втручання може бути виконано при гострому варикотромбофлебіті дистальних відділів магістральних підшкірних вен або їх приток у соматично здорових пацієнтів при:

- 1) оклюзійних тромбах стовбура ВПВ або тромбозу великих гілок на гомілці та стегні з метою профілактики переходу процесу на основний стовбур;
- 2) атипових формах ГВТФ, за винятком участі вени Леонардо у тромботичному процесі.

Одномоменту радикальну флебектомію при ГВТФ ВПВ рекомендується виконувати у перші два тижні з моменту захворювання. Обов'язковою умовою для її успішної реалізації є наявність цілодобового ультразвукового моніторингу у судинному відділенні.

Обсяг радикальної флебектомії зумовлений класом венозної дисфункції, переходом тромбозу на глибокі вени, тромбозом або



неспроможністю пронизних вен, вираженістю перифлебиту і паравазального інфільтрату та наявності супутньої патології.

Радикальне хірургічне лікування ГВТФ у басейні ВПВ включає: 1. кросектомію, виділення та взяття на турнікет глибоких вен із виконанням тромбектомії при флотації у загальній стегновій вені, перев'язку тромбованих вен за показаннями при тромбозі поверхневої стегнової вени; 2. субфасціальну обробку неспроможних та тромбованих пронизних вен; 3. видалення тромбованого стовбуру і/або склеротерапію, флебектомію приток ВПВ з конгломератами підшкірних вен на гомілці та стегні.

Також, що важливим автор рекомендує свій алгоритм діагностики і лікування даного захворювання, використання якого дало можливість досягти поставленої мети наукового дослідження.

Наукові положення, висновки і рекомендації випливають із фактичного матеріалу є обґрунтованими узагальненнями, які логічно завершують роботу, достовірні та мають теоретичне і практичне значення.

Дисертант, провівши глибокий аналіз одержаних результатів сформулював сім чітких і конкретних висновків, які сформульовані у дисертації, повністю обґрунтовані та достовірні.

1. Серед варіантів тромбофлебітичного ураження ВПВ і великих приток частіше за все виявляли стовбуровий – 51,5%, субтотальний – 22,3%, тотальний – 9,5%, поширений – 8,7%, локальний – 8%. Атипові форми ГВТФ ВПВ спостерігались у 8,1% випадків.

2. Встановлено, що у 70,2% хворих із локалізацією тромбу у н/3 стегна розповсюджений вертикальний венозний рефлюкс контактує з верхівкою тромбу.

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

4. Виявлено, що множинна клапанна неспроможність стегнової вени має функціональний характер через виникнення патологічного кола венозної циркуляції, яке спостерігається у 14,5 % хворих на ГВТФ ВПВ, коли з ВПВ через неспроможний остіальний клапан вертикальний рефлюкс поширюється через неспроможні пронизні вени в глибоку венозну систему, викликаючи флебогіпертензію за рахунок надлишкового об'єму венозної крові.

5. 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 не тільки зупинити подальше розповсюдження варикотромбофлебіту, а й у віддаленому періоді спостереження протягом двох років не дала жодного рецидиву захворювання та прогресування хронічної венозної недостатності.

6. На основі показників гемостазу у хворих на гострий варикотромбофлебіт до та після лікування встановлено, що склеротерапія не викликає гіперкоагуляційний синдром, достовірних змін за кількістю фібриногену ( $4,63 \pm 0,53$  г/л), рівнем ретракції кров'яного згустку ( $79,90 \pm 1,21\%$ ) та показником фібринолітичної активності (час лізису еуглобінів плазми) виявлено не було ( $p > 0,05$ ).

7. Терміновість хірургічного втручання при ГВТФ ВПВ визначає небезпека ТЕЛА, тому невідкладні (екстрені) операції мають виконуватись впродовж 4-6 годин із 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.

8. Ранні післяопераційні ускладнення у вигляді крайових некрозів, лімфореї, нагноєння післяопераційної рани та субфасціальної гематоми спостерігались у 8 (3,0 %). У пацієнтів із патологічним вертикальним рефлюксом у стегновій вені після радикальної флебектомії з приводу

ГВТФ ВПВ параметри рефлюкса зменшуються до фізіологічних у 70,0% протягом трьох років спостереження.

### ***7. Повнота викладу матеріалів дисертації в опублікованих працях і авторефератах.***

Сірчак С. С. за матеріалами дисертації опублікував 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). В опублікованих працях та авторефераті повністю викладені матеріали дисертації.

### ***8. Недоліки дисертації та автореферату щодо змісту і оформлення.***

У дисертації є і деякі недоліки, які були висвітлені по ходу рецензування.

В огляді літератури немає посилань на рандомізовані дослідження, які дають альтернативні методи лікування даної патології.

Матеріали дисертаційної роботи не захищені патентами. Зауваження не є принциповими і не впливають на наукові досягнення отримані в дисертаційній роботі.

Запитання:

1. Яка класифікація гострого тромбофлебіту, на Вашу думку є найбільш прийнятною. Чи можна ставити питання про вдосконалення існуючих класифікацій доповненнями отриманими Вами?
2. Які покази оперативного, комбінованого і консервативного лікування гострого тромбофлебіту?

### ***9. Рекомендації щодо використання результатів дисертації в практиці.***

Для практичної охорони здоров'я дисертант удосконалив діагностичну тактику та запропонував алгоритм обстеження та лікування хворих із гострим варикотромбофлебітом.

Для хірургів широкої мережі, дисертант обгрунтував доцільність принципу хірургічного лікування даної категорії хворих. Автор чітко

визначив покази до оперативних втручань при різних варіантах венозної патології.

Всі ці чітко сформульовані діагностичні і тактичні дії при лікуванні гострого тромбофлебіту різко знижують рівень післяопераційних ускладнень, зменшують загальну кількість оперативних вимушених операцій, скорочують ліжко-день і інвалідизацію хворих.

#### **10. Відповідність дисертації встановленим вимогам.**

Висновок: На основі ознайомлення із дисертаційною роботою, авторефератом, наукова робота Сірчака Степана Степановича на тему „Хірургічні способи лікування гострого варикотромбофлебіту великої підшкірної вени” подану на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.03 - хірургія, виконана при науковому консультуванні д. мед. н., професора Русина Василя Івановича, є завершеною, кваліфікованою і самостійною, виконаною на сучасному науково-методичному рівні науково-дослідницькою працею.

Отримані нові обгрунтовані результати, сукупність яких вирішує актуальну проблему сучасної хірургічної науки і практики, її результати розв'язують важливе наукове завдання.

За актуальністю теми, обсягом досліджень, викладеним в роботі матеріалом, обгрунтованістю та об'єктивністю висновків, науковою новизною і практичним значенням рекомендацій дисертація 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 Сірчак Степан Степанович заслуговує на присудження наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.03 – хірургія, за вирішення актуального наукового завдання – покращення результатів лікування хворих на гострий варикотромбофлебіт нижніх кінцівок, шляхом розробки хірургічних

способів лікування залежно від розповсюдженості патологічного процесу, венозної гемодинаміки та супутньої патології.

Офіційний опонент:

д. мед. м., професор, завідувач кафедри  
хірургії стоматологічного факультету  
«ДВНЗ» Івано-Франківський національний  
медичний університет

03. вересня. 2016р.

О. В. Пиптюк



Відсутній офіційний опонент  
наріб'ював у мене. дату 23.09.2016р  
Внешній секретар мене дату 23.09.2016р  
д. мед. м., заочна О. В. Пиптюк