

## **ВІДГУК**

**офіційного опонента Прасола Віталія Олександровича на дисертацію**

**Лопіта Василя Михайловича**

**“Тактика хірургічного лікування гострого варикотромбофлебіту в басейні малої підшкірної вени”, поданої до спеціалізованої вченої ради**

**К 61.051.08 в Державному вищому навчальному закладі «Ужгородський національний університет»**

**на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю**

**14.01.03 – хірургія**

### **1. Актуальність теми дисертації (зв'язок із науковими програмами).**

Гострий варикотромбофлебіт є найбільш поширеним ускладненням варикозної хвороби поверхневих вен нижніх кінцівок. Частота розвитку цього ускладнення сягає 30%. Особливістю перебігу гострого варикотромбофлебіту є схильність до рецидивів, що виникає практично у половині випадків. На долю гострого варикотромбофлебіту малої підшкірної вени припадає 18% випадків, котрий у 65,6 % призводить до тромбозу глибоких вен (R. Aslam, 2014). Такі ускладнення перш за все загрожують розвитком тромботичної емболії легеневої артерії.

Тривале консервативне лікування не завжди зупиняє тромбоутворення і результатом цього можуть бути тромбоемболічні ускладнення. Необхідність вивчення процесів тромбоутворення з позиції виникнення емболозагрозливих тромбів є дуже актуальною, як у теоретичному, так і у практичному аспектах.

Враховуючи меншу площу ураження при гострому варикотромбофлебіті малої підшкірної вени і відповідно менше виражений больовий синдром, відзначено більш пізні звернення пацієнтів за медичною допомогою, ніж при гострому варикотромбофлебіті великої підшкірної вени. До недавнього часу діагноз варикотромбофлебіту малої підшкірної вени і питання про його подальше лікування вирішувалися тільки на основі клінічних симптомів захворювання. Це призводило до великої кількості ускладнень під час операції та у післяопераційному періоді, де

частка не діагностованих тромбозів глибоких вен при гострому варикотромбофлебіті малої підшкірної вени становить до 14%.

Тактика лікування гострого варикотромбофлебіту у басейні малої підшкірної вени розпрацьована недостатньо. Це зумовлено рідкістю патології та варіабельністю анатомічних варіантів венозної системи у ділянці підколінної ямки. Окрім цього трапляються атипові ситуації, коли важко прийняти обґрунтоване рішення.

Все наведене вище свідчить про необхідність розпрацювання цієї проблеми, що і зумовило мету і задачі дослідження.

Робота є фрагментом наукової програми кафедри хірургічних хвороб медичного факультету Ужгородського національного університету з держбюджетної тематики «Діагностика, лікування та профілактика тромбозів та тромбоемболій» ДБ-671П № ДР-0108U001892.

## **2. Ступінь обґрунтованості наукових положень. висновків і рекомендацій, сформульованих у дисертації, їх достовірність і новизна.**

Дисертація складається з вступу, шести розділів, висновків, списку використаних джерел, який містить 180 посилань та додатків. Робота викладена на 150 сторінках. Робота інформативно проілюстрована таблицями та рисунками. Для вирішення поставлених задач автор використовував сучасні методи діагностики та лікування. Висновки та запропоновані рекомендації є логічним завершенням власного дослідження і відображають її наукову новизну та теоретичну і практичну значимість.

Аналіз огляду літератури висвітлює сучасний погляд на етіопатогенез гострого варикотромбофлебіту та варіанти лікування. Представлені невирішені та дискусійні питання, які стосуються проблеми дисертаційного дослідження.

Другий розділ характеризує матеріал клінічного дослідження та висвітлює методологічний принцип виконання роботи. Інформативно описані методики обстеження пацієнтів, які з високою імовірністю дозволяють прогнозувати перебіг захворювання та допомагають у визначенні тактики лікування. Далі приведені види та способи операційних втручань які виконані у 53 хворих із гострим варикотромбофлебітом у басейні малої підшкірної вени, дана кількісна та якісна

оцінка результатів лікування хворих на гострий варикотромбофлебіт. Обсяг клінічного матеріалу є достатнім для узагальнення і формулювання певних висновків.

Третій розділ присвячений характеристиці клініки і діагностики гострого варикотромбофлебіту у басейні малої підшкірної вени. В першому підрозділі приведені особливості клініки і діагностики гострого варикотромбофлебіту у басейні малої підшкірної вени, яка в першу чергу пов'язана анатомічними особливостями малої підшкірної вени, басейн якої не обмежується тільки гомілкою і розповсюджується і на задню поверхню стегна. На власних оригінальних рисунках наведені варіанти розташування та впадіння термінального відділу малої підшкірної вени. В розділі велика кількість ультразвукових скенограм з ознаками гострого варикотромбофлебіту в басейні малої підшкірної вени та флотуючими тромбами.

Автором відмічено що приймаючи рішення про хірургічне лікування з приводу гострого варикотромбофлебіту в басейні малої підшкірної вени, перед операцією необхідно встановити: прохідність підколінної та суральних вен, сафено-поплітеального співгирла; локалізацію та побудову співгирла; варіант формування стовбура підколінної вени; варіант впадіння суральних вен; наявність рефлюксів у підколінній вені, сафено-підколінному співгирлі, суральних венах, вені Джіакоміні; локалізацію проксимальної межі тромбу МПВ; наявність флотації верхівки тромбу; тромбоз неспроможних пронизних вен, венозних синусів; анатомічний варіант впадіння вени Джіакоміні у ВПВ або МПВ; стан колатеральних гілок, що з'єднують МПВ та ВПВ, вени Леонардо. В другому підрозділі дано визначення, описані варіанти, частота та протяжність венозного рефлюксу, які гарно ілюстровані власними оригінальними рисунками. В розділі також мають місце інтраопераційні фото з різними локалізаціями тромбозу.

На підставі отриманих результатів автор стверджує, що кольорове дуплексне ангіосканування в діагностиці гострого поверхневого тромбофлебіту є високо інформативним щодо визначення проксимальної межі тромбу, виявлення його справжньої поширеності і напрямку росту, визначення неоклюзійної і оклюзивної форм ураження, виявлення поширення тромбозу в загальну стегнову вену і на перфорантні вени.

Розділ інформативно ілюстрований, приведені таблиці відповідно до тексту.

Четвертий розділ присвячений хірургічному лікуванню гострого варикотромбофлебіту в басейні малої підшкірної вени. Здобувач відмічає, що хірургічна тактика при лікуванні гострого варикотромбофлебіту в басейні малої підшкірної вени залежить від локалізації тромботичного процесу і вказує чим повинен керуватись хірург при виборі виду операційного втручання для отримання кращих результатів. В другому підрозділі описано доступ та види резекції сафено-поплітеального співгирла з інтраопераційними зображеннями, власними схемами та приведеними вдалими клінічними прикладами. Описана методика обробки пронизних вен на гомілці, флебектомія малої підшкірної вени, обробка приток малої підшкірної вени та хірургічна тактика при поєднанні гострого варикотромбофлебіту в басейні малої підшкірної вени із суральних вен.

П'ятий розділ присвячений аналізу результатів хірургічного лікування гострого варикотромбофлебіту в басейні малої підшкірної вени. В першому підрозділі відмічено, що незважаючи на великий обсяг радикальної флебектомії при гострому варикотромбофлебіту в басейні малої підшкірної вени, кількість безпосередніх ускладнень операції була надзвичайно низькою. Жодного випадку ТЕЛА або рецидиву варикотромбофлебіті за весь період периопераційного спостереження не виявлено.

Кількісна оцінка результатів радикального хірургічного лікування гострого варикотромбофлебіту у басейні малої підшкірної вени приведена в другому підрозділі та переконливо демонструє високу ефективність і доцільність застосування термінового радикального хірургічного лікування із застосуванням малоінвазійних технологій і методів ендовідеохірургії у хворих із варикозним розширенням вен нижніх кінцівок, ускладненим гострим варикотромбофлебітом басейні ВПВ та МПВ, які дозволяють добитися добрих найближчих та віддалених результатів у більшості хворих.

Шостий розділ присвячений обговоренню отриманих результатів. Автор аналізує найближчі та віддалені результати лікування хворих з гострим варикотромбофлебітом малої підшкірної вени. Оцінена динаміка венозного рефлюксу після радикального хірургічного лікування у віддаленому періоді. В

розділі приведена схема алгоритму формування стратегії та тактики хірургічного лікування.

Дисертаційна робота обґрунтована теоретично. Чітко та логічно сформульовані наукові висновки, обґрунтовані одержані результати, що мають теоретичне та практичне значення та відповідають поставленим задачам.

У дисертації наведено теоретичне узагальнення і новий підхід у виконанні наукового завдання розпрацювання тактики хірургічного лікування гострого варикотромбофлебиту малої підшкірної вени у залежності від локалізації тромботичного процесу.

### **3. Значення для науки і практики, шляхи використання результатів дослідження.**

Тромбофлебіт стовбура малої підшкірної вени не має маніфестуючих клінічних ознак, оскільки мала підшкірна вена розташована у фасціальному каналі Пирогова, а більша частина хворих звертається до лікувального закладу пізно з явищами тромбофлебиту у підколінній ямці в ділянці сафено-поплітеального співгирла. Встановлено, що у 60,4% пацієнтів на гострий варикотромбофлебіт системи малої підшкірної вени спостерігається перехід тромботичного процесу на глибоку венозну систему, при цьому флотуючий тромб діагностується у 22,6% випадків. Уперше встановлено, що при гострому варикотромбофлебіті малої підшкірної вени у 20,8% хворих спостерігається тромбоз суральних вен, а сафено-поплітеальні тромбози частіше мають неоклюзійний, флотуючий характер. Вказано на можливість сполучення тромбозу стовбура малої підшкірної вени з тромбозом суральних вен через литкові пронизні вени – на двочеревцеві синуси, у малогомілкові вени, через камбалоподібний синус – у глибоку вену гомілки.

Удосконалена класифікація гострого варикотромбофлебиту з урахуванням тромбованих пронизних вен гомілки та стегна, ізольованих форм ГВТФ вени Леонардо або вени Джіакоміні, на основі якої сформовано алгоритм стратегії та тактики хірургічного лікування.

Розпрацьовано способи адекватних втручань при тромбованих та неспроможних пронизних венах (лігування, резекція, екстирпація) з допомогою малоінвазійних технологій.

Сформульовані інтраопераційні способи профілактики тромбоемболічних ускладнень при виконанні тромбектомії в області співгирла малої підшкірної вен, що включають певну послідовність операційних прийомів: 1) обробка співгирла; 2) повздожня флеботомія; 3) тромбектомія; 4) пригирлове ушивання флеботомного розрізу; 5) резекція тромбованого сегменту підшкірної вени у межах рани; 6) при ураженні гомілкових вен – тромбектомія з тимчасовою перев'язкою; 7) міні-Лінтон; 8) видалення МПВ; 9) радикальна флебектомія.

Доведено високу ефективність ургентної радикальної флебектомії на основі кількісного аналізу віддалених результатів хірургічного лікування гострого варикотромбофлебиту з допомогою міжнародної класифікації СЕАР. Отримано об'єктивні кількісні оцінки регресу клінічної симптоматики та процесу реабілітації,

Результати роботи використовуються у хірургічній клініці Закарпатської обласної клінічної лікарні ім. А. Новака, Центральної міської клінічної лікарні, м. Ужгород, Закарпатському обласному клінічному онкологічному диспансері, Обласній клінічній лікарні, м. Івано-Франківськ, КЗ «Тернопільська університетська лікарня», КЗ «Херсонська міська клінічна лікарня ім. Є.Є. Карабелеша».

#### **4. Повнота викладу основних результатів дисертації у наукових фахових виданнях (ідентичність змісту автореферату й основних положень дисертації).**

За темою дисертаційного дослідження опубліковано 10 наукових праць, серед яких 9 статей у наукових фахових виданнях України, у тому числі 6 – у виданнях, що входять до міжнародних наукометричних баз, та 1 тези матеріалів наукової міжнародної конференції.

Автореферат дисертації за структурою і змістом цілком відповідає текстові дисертації.

#### **5. Недоліки дисертації та автореферату щодо їх змісту й оформлення.**

Дисертаційна робота побудована логічно і обґрунтовано, з дотриманням вимог. Помилки набору, невдалі стилістичні звороти не впливають на сприймання змісту роботи.

Принципових зауважень по написанню та оформленню дисертаційної роботи та автореферату не має.

В ході вивчення дисертаційного дослідження виникли наступні питання:

1. Які оптимальні терміни операційних втручань при гострому варикотромбофлебії в басейні малої підшкірної вени?
2. Вкажіть оптимальні види хірургічних втручань у залежності від рівня ураження малої підшкірної вени?
3. Яка Ваша тактика при переході тромботичного процесу з малої підшкірної вени на суральні синуси?

## **6. Висновок.**

Дисертаційна робота Лопіта Василя Михайловича на тему «Тактика хірургічного лікування гострого варикотромбофлебиту в басейні малої підшкірної вени» на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.03 – хірургія, виконана при науковому керівникові д.мед.н., професорі Болдіжар Патріції Олександрівній, є завершеною, кваліфікованою і самостійною, виконаною на сучасному науково-методичному рівні науково-дослідницькою працею. Отримані нові обґрунтовані 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, обґрунтованістю 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 Лопіт Василь Михайлович заслуговує на

присудження наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.03 – хірургія за вирішення актуальної наукової проблеми – підвищення ефективності лікування хворих на гострий варикотромбофлебіт в басейні малої підшкірної вени.

Доктор медичних наук,  
старший науковий співробітник,  
завідувач відділенням гострих захворювань судин  
ДУ «Інститут загальної та невідкладної хірургії  
імені В.Т.Зайцева НАМН України»

В.О. Прасол



Взята офіційно внаслідок отримано  
11.05.2016р.

Виконано секретар  
окей розр К 61.087.08  
І. мед. н., розр. н

OL O.B. Kalyukhina