

ВІДГУК

**офіційного опонента на дисертацію Лопіта Василя Михайловича
«Тактика хірургічного лікування гострого варикотромбофлебиту в басейні
малої підшкірної вени», подану в спеціалізовану вчену раду Д 61.051.08
ДВНЗ «Ужгородський національний університет» МОН України
на здобуття наукового ступеня кандидат медичних наук
за спеціальністю 14.01.03 – хірургія**

1. Актуальність обраної теми дисертації. Проблема венозного тромбоемболізму залишається надзвичайно актуальною, оскільки ТЕЛА є одною із найчастіших причин смертності стаціонарних хворих: згідно останніх даних, щорічно в Європі вмирає біля 500 тис людей, а в США – 300 тис через розвиток фатальної ТЕЛА. Не дивлячись на останні рекомендації доказової медицини (9 видання ACCP), не розроблені чіткі рекомендації щодо лікувальної тактики у хворих на гострий тромбофлебіт нижніх кінцівок. У разі присутності варикозної хвороби тромботичне ураження поверхневих вен нижніх кінцівок несе підвищену загрозу переходу на глибокі вени, що суттєво недооцінюється більшістю хірургів. В той же час традиційні оперативні підходи до лікування хворих на варикотромбофлебіт малої підшкірної вени не усувають повністю ризик післяопераційних тромбозів глибоких вен, недостатньо розроблені ультразвукові критерії вибору того чи іншого об'єму оперативного втручання у конкретного хворого. Таким чином, вищенаведене дозволяє стверджувати, що тематика дисертаційного дослідження Лопіта В.М. має значний практичний інтерес і залишається актуальною.

2. Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами.

Дисертаційна робота Лопіта В.М. виконана згідно плану науково-дослідної роботи кафедри хірургічних хвороб ДВНЗ «Ужгородський національний університет» на тему «Діагностика, лікування та профілактика тромбозів та тромбоемболій» (ДБ 671, державна реєстрація № 0108U001892).

3. Новизна дослідження та одержаних результатів.

У дослідженні Лопіта В.М. вперше доказано, що тромботичне ураження малої підшкірної вени носить неоклюзійний характер і у 60,4% таких випадків відбувається перехід процесу на глибокі вени гомілки, а у 20,8% розвивається тромбоз суральних вен. Флотація тромбу діагностується майже у кожного

четвертого хворого, що вказує на високий ризик розвитку тромбоемболії легеневої артерії та має суттєвий вплив на вибір лікувальної тактики.

Подальшого розвитку отримала методологія ультразвукової діагностики анатомічних різновидів поверхневої венозної системи нижньої кінцівки, а також вивчення ролі венозних рефлюксів у поширенні тромботичного процесу у разі присутності варикозних змін підшкірних вен.

Науковою новизною володіють також представлені пошукувачем результати застосування оригінальних шкал та опитувальників для оцінки лікувальної ефективності в термін до 3-х років запропонованих підходів до оперативного лікування пацієнтів із гострим варикотромбофлебітом.

4. Теоретичне значення результатів дослідження.

Грунтовне ультразвукове дослідження поверхневої венозної системи нижньої кінцівки доповнює анатомічні знання про особливості впадіння малої підшкірної вени у глибокі вени, а також роль пронизних вен у розвитку порушень венозного кровоплину нижньої кінцівки. При констатації різновидів горизонтальних рефлюксів стають більш зрозумілими зміни кровоплину при розвитку хронічних захворювань вен. Систематизація рефлюксів із глибокої венозної системи на поверхневу, що представлено у дисертаційній роботі В.М.Лопіта, дозволяє глибше осягнути патогенез варикозної хвороби нижніх кінцівок.

Констатовані пошукувачем варіанти поширення тромботичного процесу із поверхневих вен на глибокі відкриває нові уявлення про небезпеки гострих варикотромбофлебітів та доповнює сучасні уявлення про етіологічні чинники розвитку ТЕЛА.

5. Практичне значення результатів дослідження.

Пошукувач запропонував алгоритм стратегії і тактики лікування гострого варикотромбофлебіту малої підшкірної вени: він включає визначальний вплив поширеності тромботичного процесу та наявності рефлюксів у оперативному втручанні з врахуванням індивідуальних особливостей впадіння малої підшкірної вени у глибокі вени гомілки чи стегна.

Розроблена оперативна техніка етапів операції з врахуванням індивідуальних особливостей будови малої підшкірної вени дозволяє попередити розвиток тромбоемболічних ускладнень, а також знижує ризик рецидиву варикозної хвороби у віддаленому післяопераційному періоді.

Важливе практичне значення має і рекомендація дисертанта щодо доцільності застосування оригінальних міжнародних шкал та опитувальників при оцінці віддалених результатів лікування хворих на гострий варикотромбофлебіт.

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

В дисертаційне дослідження було включено результати обстеження 53 хворих на гострий варикотромбофлебіт (ГВТФ) у системі малої підшкірної вени (МПВ), які проходили лікування у відділенні хірургії магістральних судин Закарпатської обласної клінічної лікарні імені Андрія Новака, м. Ужгород в період із листопада 2011 року до вересня 2015 року. На перший погляд невелика група хворих, але слід врахувати той факт, що ГВТФ в системі МПВ зустрічається значно рідше ніж у басейні великої підшкірної вени (ВПВ). Окрім цього, представлені 5 завдань дисертаційного дослідження вказують на наукову новизну, практичну значимість роботи, а також достатність такої кількості клінічного матеріалу щоби зробити обґрунтовані та достовірні висновки. В представленій роботі використані загальноклінічні методи дослідження – скарги та анамнез захворювання, об'єктивні обстеження; лабораторні – загальний аналіз крові та сечі, коагулограма, біохімічний аналіз крові; апаратно-інструментальні – ЕКГ, ультразвукове дуплексне сканування вен, кольорове картування кровотоку; статистичні методи обчислення результатів дослідження.

Робота побудована за класичною схемою на 150 сторінках за обсягом основного тексту на 111 сторінках машинописного тексту, містить вступ, огляд літератури, матеріал і методи дослідження, 3 розділи власних результатів, аналіз та обговорення, висновки, список літератури, додатків.

Огляд літератури представлений на 16 сторінках і висвітлює проблему ГВТФ в цілому та в системі МПВ відповідно до поставлених завдань дослідження: сучасні погляди на проблему гострого варикотромбофлебіту в басейні малої підшкірної вени, етіологія ГВТФ поверхневих вен нижніх кінцівок, патогенез та ембологенність ГВТФ нижніх кінцівок, клініка, диференційна діагностика та лікування тромбофлебітів поверхневих вен нижніх кінцівок. Слід відмітити достатнє володіння пошукувачем даними світової літератури, представлена актуальна наукова література. В кінці огляду ще раз вказується на невирішеність проблеми лікування хворих на ГВТФ.

У наступному розділі наведена характеристика обстежених хворих та представлені використані методи дослідження. Об'єм використаних методів дослідження відповідає поставленим завданням дисертаційної роботи і дозволяє отримати достовірні результати та зробити обґрунтовані висновки.

Розділ 3 присвячений вивченню особливостей клініки та діагностики ГВТФ басейну МПВ: констатовано залежність клінічної картини даної патології від анатомічних особливостей будови поверхневої венозної системи кінцівки. Так, у 34 (64,2%) хворих МПВ впадала в підколінну на рівні колінної щілини, в 3 (5,7%) - МПВ віддавала незначну гілку в підколінну вену, продовжуючись у вену Джіакоміні, в 12 (22,6%) випадків МПВ впадала в стегнову вену на рівні середньої третини стегна, а у чотирьох (7,5%) - МПВ через вену Джіакоміні впадала в глибоку вену стегна. У залежності від поширеності тромботичного процесу виділено п'ять типів ГВТФ: локальний (I) – тромбофлебіт приток МПВ; стовбуровий (II) – тромбофлебіт, що поширюється на основний стовбур малої підшкірної вени; субтотальний (III) – тромбофлебітичне ураження МПВ до її верхньої третини; тотальний (IV) – тромбофлебіт, що поширюється з МПВ на сафено-поплітеальне сполучення; поширений (V) – тотальний тромбофлебіт стовбуру МПВ з переходом та тромбозом глибокої вени. Досліджено також особливості венозного рефлюксу при вказаних анатомічних особливостях МПВ та при розвитку ГВТФ.

У розділі 4 представлені особливості хірургічного лікування ГВТФ МПВ відповідно до запропонованих пошукувачем тактичних підходів та змін оперативної техніки. Пошукувач обґрунтовує доцільність резекції тромбованих синусів литкового м'язу з пересіченням сурально-підколінного співгирла і лігуванням кукси безпосередньо у місці впадіння у підколінну вену. На переконання дисертанта залишення тромбованих синусів після їх перев'язки є недоцільним, оскільки це продовжує лікування, а надія на відновлення їх функції не виправдана, і частота їх ретромбозу залишається досить висока. Запропонована хірургічна тактика із врахуванням гемодинамічних особливостей дозволяє: 1) визначитися з термінами операції; 2) вибрати оптимальний план операцій, направлених на лікування варикозної хвороби та її ускладнень у вигляді ГВТФ; 3) зберегти нормально функціонуючі вени (більшість операцій, при умові відсутності рефлюксу у магістральному стовбурі та неспроможних пронизних вен, відносяться до венозберігаючих); 4) забезпечити косметичність за рахунок застосування мініінвазивних підходів.

Дисертант констатує, що при поширенні тромботичного процесу на глибокі вени гомілки, обсяг втручання розширюється, а наявність тромбозу у глибокій венозній системі вимагає тромбектомії з тимчасовою перев'язкою тромбованої вени у місці її співгирла з метою профілактики поширення тромботичного процесу краніально та розвитку ТЕЛА. Внаслідок впровадження наведених підходів до лікування хворих на ГВТФ летальних наслідків та післяопераційних ускладнень, які впливали би на працездатність пацієнта не спостерігалось.

З метою доказати ефективність запропонованих підходів до лікування хворих на ГВТФ в басейні МПВ пошукувач представив в розділі 5 ранні та віддалені наслідки оперативного лікування. В ранньому періоді констатовано ускладнення з боку післяопераційних ран (некрози, лімфорей), в той же час лише в одного пацієнта була виконана тромбектомія із глибоких вен внаслідок поширеного тромботичного процесу. Для оцінки результатів у віддаленому (до 3-х років) періоді були вперше використані оригінальні міжнародні шкали та

опитувальники. При цьому встановлено, якщо загальний клінічний рахунок до операції склав $8,85 \pm 2,25$ балів, то після операції через 1 рік він дорівнював $1,6 \pm 0,8$, тобто за цей період часу симптоми варикозного розширення поверхневих вен нижніх кінцівок, ускладненого гострим варикотромбофлебітом МПВ, регресували в 5,5 разу впродовж року, через 3 роки – у 7,3 разу. Працездатність пацієнтів (саме з нею пов'язана фізична активність) через рік збільшилася практично у 2 рази. Оцінюючи тяжкість захворювання по всіх трьох складових, підсумовуючи їх, отримані такі результати: до операції – $11,75 \pm 2,58$, через рік після неї – $2,5 \pm 1$, через 3 роки – $1,8 \pm 0,82$ балів. Відмічено зниження важкості венозної дисфункції згідно класифікації CEAP. У післяопераційному періоді за клінічною ознакою у трьох пацієнтів діагностовано С₃ клас, що ймовірно було пов'язано із некоригованим сурально-підколінним рефлюксом.

Аналіз та узагальнення результатів дослідження представлені на 13 сторінках. Пошукувач проводить дискусійне обговорення власних результатів із даними світової літератури, наводить перспективні складові щодо можливого продовження досліджень в даному напрямку. Дисертант пропонує власну схему алгоритму формування стратегії та тактики хірургічного лікування хворих на ГВТФ в басейні МПВ. Розділ написаний добре, зауважень немає.

За результатами дослідження сформульовано 5 висновків, які органічно витікають із представленої роботи. Висновки відповідають завданням дослідження, сформульовані лаконічно, конкретні із наведенням статистичних даних. Ознайомлення із висновками ще раз підтверджує наукову новизну, теоретичне та практичне значення дисертаційної роботи В.М.Лопіта.

7. Повнота викладу матеріалів дисертації в опублікованих працях і авторефераті.

За темою дисертаційного дослідження опубліковано 10 наукових праць, серед них: 9 статей у наукових фахових виданнях, рекомендованих до переліку ДАК України, 1 – тези матеріалів наукової міжнародної конференції. Відмічаю також ідентичність автореферату по змісту до основних положень дисертації.

8. Недоліки дисертації та автореферату щодо їх змісту та оформлення.

В окремих місцях в дисертації є орфографічні помилки, також трапляються русизми. Ряд малюнків, на мій погляд, мали б мати більш детальне схематичне представлення, а також більше пояснень. При викладенні матеріалу місцями прізвища іноземних авторів представлені не в оригіналі, а в українській транскрипції. В той же час слід констатувати, що принципових зауважень щодо написання дисертації та її відображення в авторефераті немає. Все ж таки при ознайомленні із роботою в мене виник ряд запитань, які мають непринциповий характер, але вони потребують уточнення. Хотілось би почути відповідь дисертанта на наступні запитання.

1. У разі ізольованого тромбофлебіту вени Giacomini чи не доцільніше було провести флебоцентез із наступною антикоагулянтною терапією та регулярним ультразвуковим контролем і тим самим уникнути травматичного втручання у підколінній ямці?

2. Які режими антикоагулянтної терапії Ви застосовували у обстежених хворих як в доопераційному, так і післяопераційному періодах?

3. На сторінці 70 написано «ми наполягаємо щоб при варикофлебіті виконувалось променеве дослідження». Про яке дослідження йде мова і яка його ціль?

4. Згідно схематичного представлення констатованих Вами 5 типів ураження малої підшкірної вени чи у всіх випадках було тотальне поширення тромботичного процесу у дистальному напрямку аж до зовнішньої кісточки. Якщо б у хворого мало місце сегментарне ураження проксимального відділу малої підшкірної вени, яка б була Ваша оперативна тактика щодо дистального нетромбованого сегменту?

9. Рекомендації щодо використання результатів дисертаційного дослідження в практиці.

Представлені результати дисертаційного дослідження Лопіта В.М. можуть бути впроваджені у практику хірургічних відділень при проведенні діагностично-лікувального процесу у хворих на гострий варикотромбофлебіт.

Особлива увага повинна бути приділена, відповідно до рекомендацій пошукувача, глибокому та всебічному ультразвуковому дослідженню анатомічних особливостей поверхневих вен та поширеності тромботичного процесу. Хірурги повинні переглянути звичну тактику оперативного лікування гострого варикотромбофлебиту малої підшкірної вени в бік врахування високих ризиків одночасного ураження глибоких вен гомілки і можливості розвитку ТЕЛА. Окремі етапи операційного втручання при різновидах поширення тромбозу на пронизні вени повинні знайти широке застосування у практиці оперативного лікування гострого варикотромбофлебиту.

10. Відповідність дисертації встановленим вимогам, які пред'являються до наукового ступеня кандидата медичних наук. 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 консультуванні д.мед.н., професора Болдіжар П.О., 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 В.М. 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 нижніх кінцівок.

Доктор медичних наук, професор
завідувач кафедри загальної хірургії
ДВНЗ «Івано-Франківський національний
медичний університет» МОЗ України

І.М.Гудз

Підпис проф. І.М.Гудза засвідчую

Вчений секретар ДВНЗ
«Івано-Франківський
національний медичний
університет» МОЗ України

проф.М.М.Островський



*Відрук офіційного тексту
нафінцувано до спеціалізованої
вченої ради 17.05.2016р.*

*Вчений секретар
спеціалізованої вченої ради
К. С. С. С.*

О.В. Житкова