

## **О Т З Ы В**

**на автореферат диссертации Виктора Сергеевича Корбута  
«Выбор способа хирургического лечения варикозной болезни вен нижних  
конечностей в зависимости от особенностей строения сафенофemorального  
соустья и перфорантных вен»,  
представленной на соискание ученой степени  
кандидата медицинских наук  
по специальности 3.1.15. Сердечно-сосудистая хирургия**

Диссертация Корбута В.С. рассматривает одну из актуальных задач сосудистой хирургии – лечение варикозной болезни нижних конечностей и улучшение результатов хирургического лечения пациентов с варикозной болезнью вен нижних конечностей путём выбора оптимальной методики операции в зависимости от строения сафенофemorального соустья и перфорантных вен. Актуальность проблемы обусловлена не только высокой распространенностью заболеваний вен нижних конечностей среди взрослого населения, но и сложностью лечения послеоперационных рецидивов варикозной болезни вен нижних конечностей.

Качественное хирургическое лечение предполагает качественную предоперационную подготовку, а в современной флебологии она немыслима без глубокого знания анатомии венозной системы. Основной задачей операции при варикозной болезни является не только устранение видимых варикозно-изменённых подкожных вен, но и устранение патологических рефлюксов. Наиболее часто выявляемый поверхностный вертикальный рефлюкс – представляет собой движение крови из глубоких вен в поверхностные через соустье и затем по стволу магистральных вен в ретроградном направлении. А для его ликвидации при открытых операциях используется «кроссэктомия» - пересечение большой подкожной вены и её притоков, далее удаление стола с помощью зонда Бэбкокка. В последние годы открытые оперативные методики стараются заменить эндовазальными, но частота рецидивов при этом достигает

до 38,6%. Возможным объяснением может являться вариантная анатомия сафенофemorального соустья, которую не всегда учитывают при обработке культи большой подкожной вены. Учебно-методическая литература содержит эти данные в довольно урезанном варианте. В периодической литературе сведений больше, но без точного расположения притоков относительно сафенофemorального соустья. Другим видом патологического рефлюкса является горизонтальный – патологическое движение крови из глубоких вен в поверхностные через несостоятельные перфорантные вены. Для его ликвидации вне зоны трофики наиболее часто используют эпифасциальную перевязку перфорантов, но в послеоперационном периоде они могут быть пропущены от 8,6 до 61,5% случаев. Наиболее сложным является вопрос об устранении горизонтального рефлюкса в условиях трофических изменений кожи, так как открытые оперативные методики здесь невозможны. Современная флебология предлагает варианты склеротерапии и эндовенозной лазерной коагуляции. Но широкого распространения они не находят из-за высокой частоты рецидивов.

Справедливо рассудив, что без детального знания анатомии венозной системы и качественно проведенной операции улучшить лечение невозможно, автор разделяет работу на два этапа: анатомический и клинический. Анатомический этап позволил описать особенности вариантной анатомии сосудов области сафенофemorального соустья. Было выявлено, что среднее расстояние до уровня впадения поверхностной надчревной вены в сафенофemorальное соустье составляет - 5,9 [0,5; 14,6] мм - 6,8 [0,1; 20,1] мм по данным дуплексного сканирования – компьютерной флебографии; для переднего добавочного ствола большой подкожной вены - 7,3 [0,1; 22,1] - 13,85 [0,1; 63,1] мм; для задней добавочной большой подкожной вены - 11,3 [1,7; 28,4] - 57,1 [0,1; 142,7] мм. В 86,7% наружная половая артерия располагается под зоной сафенофemorального соустья. Расстояние от места впадения большой подкожной вены в общую бедренную вену составляет 3,8 [0,5; 5,1] мм.

Изучение особенностей строения перфорантных вен голени позволило представить их общее строение в виде паттерна, который включает два их ствола

на субфасциальном уровне и два межвенных анастомоза между заднебольшеберцовыми венами. При этом перфорантные вены располагаются по бокам артериальной ветви из заднебольшеберцовой артерии.

В клинической части работы исследованы морфофункциональные изменения венозной системы нижних конечностей по данным дуплексного сканирования у пациентов с варикозной болезнью вен нижних конечностей, что позволило патогенетически обосновать объём оперативного вмешательства. Было установлено, что диаметр большой подкожной вены коррелирует с клиническими классами варикозной болезни по классификации CEAP. Изолированная несостоятельность большой подкожной вены на всем протяжении при диаметре  $\geq 11$  мм ассоциируется с развитием трофических язв.

Анализ результатов оперативного лечения пациентов с варикозной болезнью вен нижних конечностей показал, что наименьшая длина культи большой подкожной вены 4,9 [0; 9,4] мм формировалась после открытой флебэктомии с предоперационной маркировкой зоны сафенофemorального соустья, а также определением уровня резекции большой подкожной вены проксимальнее наружной полой артерии. Поэтому данный способ может быть операцией выбора при атипичных вариантах строения сафенофemorального соустья. При классической анатомии притоков сафенофemorального соустья с впадением поверхностной надчревной вены проксимальнее остальных притоков на расстоянии более 4,5 мм от места впадения в общую бедренную вену основной методикой оперативного лечения является ЭВЛК. При впадении поверхностной надчревной вены на расстоянии менее 4,5 мм от эндовенозной лазерной коагуляции лучше воздержаться из-за риска развития термоиндуцированных тромбозов. При выявлении индекса периферического сопротивления по артериям, сопровождающим несостоятельные перфорантные вены - 0,79 и менее, от проведения склеротерапии лучше воздержаться и выбрать другой метод ликвидации ретроградного кровотока через несостоятельную перфорантную вену.

Компьютерную флебографию следует использовать как дополнительный

диагностический инструмент при планировании оперативных вмешательств у пациентов с рецидивом варикозной болезни. Наиболее часто встречаемым крупным притоком у пациентов с рецидивами варикозной болезни является передний добавочный ствол большой подкожной вены. Другой особенностью является то, что у пациентов с рецидивами происходит уменьшение расстояния между дистальным концом культы большой подкожной вены и общей бедренной вены до 3,1 [2,0; 3,4] мм, что может привести к интраоперационным повреждениям общей бедренной вены при повторных операциях.

На основании результатов проведенного исследования был предложен алгоритм выбора оперативной методики устранения поверхностного рефлюкса для уменьшения вероятности развития осложнений и рецидива в послеоперационном периоде. Важно отметить, что установленная частота встречаемости различных притоков сафенофemorального соустья и их топографии относительно места впадения, позволяет уменьшить вероятность технических ошибок на этапе кроссэктомии. Анализ полученных результатов проводился с помощью методов статистики, принятых в доказательной медицине. Оценивая работу в целом, можно подчеркнуть, что значимость полученных данных не вызывает сомнения. Выводы и практические рекомендации сформулированы в соответствии с поставленными задачами и на основании полученных данных.

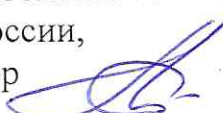
## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Судя по автореферату, диссертация Корбута В.С. является законченной научно-квалификационной работой, содержащей решение поставленной задачи – улучшение результатов хирургического лечения пациентов с варикозной болезнью вен нижних конечностей путём разработки алгоритма выбора метода оперативного лечения в зависимости от типа строения сафенофemorального соустья, что имеет важное значение для развития медицины.

Диссертационное исследование Виктора Сергеевича Корбута отвечает требованиям пункта 9 «Положения о присуждении ученых степеней»,

утвержденного Постановлением Правительства РФ от 24.09.2013 № 842, предъявляемым к диссертациям на соискание ученой степени кандидата наук, а ее автор достоин присуждения ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 3.1.15. Сердечно-сосудистая хирургия.

Профессор кафедры хирургических болезней №1  
ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России,  
доктор медицинских наук, профессор

 Игорь Иванович Кательницкий

«18» сентября 2024 г.

Подпись Кательницкого И.И. заверяю:

Ученый секретарь ученого совета  
ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России,  
доктор медицинских наук, профессор

 Наталия Германовна Сапронова

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Ростовский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России)

Адрес: 344022, г. Ростов-на-Дону, переулок Нахичеванский, 29

Телефон: +7 (863) 250-42-00

Адрес электронной почты: [okt@rostgmu.ru](mailto:okt@rostgmu.ru)