

5. StatPlus for Windows [Electronic resource] // AnalystSoft Inc. – Mode of access: <http://www.analystsoft.com/en/products/statplus/>. – Date of access: 24.12.2018.

## **ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МЕХАНО-ХИМИЧЕСКОЙ ОБЛИТЕРАЦИИ БОЛЬШОЙ ПОДКОЖНОЙ ВЕНЫ КАТЕТЕРОМ ФЛЕБОГРИФ В УСЛОВИЯХ ОБЩЕХИРУРГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА**

*Полынский А.А.<sup>1</sup>, Герасимович А.Ю.<sup>2</sup>, Добрынянец И.В.<sup>1</sup>, Троян А.А.<sup>1</sup>*

*Гродненский государственный медицинский университет<sup>1</sup>,  
УЗ "Городская клиническая больница № 4 г. Гродно"<sup>2</sup>,*

**Актуальность.** Варикозная болезнь вен нижних конечностей является актуальной медицинской и социальной проблемой, поскольку широко распространена среди трудоспособной части населения. По данным многих мировых исследований, распространенность хронических заболеваний вен (ХЗВ) в популяции составляет до 30%. Зарубежные популяционные исследования показывают распространенность варикозного расширения вен на уровне 23–35%. Значительная распространенность позволяет рассматривать ХЗВ как серьезную медицинскую и экономическую задачу, а оптимизация подходов к лечению является актуальной и по сегодняшний день.

**Цель.** Изучить эффективность лечения стволового рефлюкса при варикозной болезни вен нижних конечностей методом механо-химической облитерации катетером Флебогриф.

**Методы исследования.** За период с ноября 2018 по декабрь 2018 г. в УЗ «ГКБ № 4 г.Гродно» пролечено 7 пациентов, страдающих варикозной болезнью нижних конечностей методом механо-химической облитерации катетером Flebogrif. Каждый пациент проходил контрольное предоперационное ультразвуковое (УЗИ) исследование за сутки до операции, на котором определялись диаметры пролечиваемой вены в верхней, средней и нижней трети бедра, а так же верхней и нижней трети голени. Определялась состоятельность остиального клапана, дистальная точка рефлюкса по БПВ, проходимость глубоких вен. Предоперационная антикоагулянтная терапия не назначалась в виду ненужности. Однако, не исключаем назначение антикоагулянтов до операции пациентам, которым требуется данный лечебный компонент по медицинским показаниям.

Методика проводилась согласно инструкции к катетеру Flebogrif. Вначале пунктировалась вена в дистальной точке рефлюкса иглой 21 G под местной анестезией 2% раствора лидокаина 1 мл. Пункция выполнялась под УЗИ контролем портативным УЗИ аппаратом Mindray M7 при помощи линейного датчика. Далее через иглу заводился проводник, который позиционировали у сафено-фemorального

соустья. По проводнику устанавливали интрадьюссер толщиной 6F. Затем выполняли промывание катетера 0.9% раствором хлорида натрия, по проводнику заводили катетер и устанавливали его за 2 см до СФС. Проводник извлекали и выпускали режущие элементы катетера. Приготавливалась пена по методу Тессари с использованием 3% раствора этоксисклерола. Далее выполнялась обратная тракция катетера с одновременным введением пены. Все происходящее контролировалось ультразвуком. Несостоятельные притоки при необходимости склерозировались отдельно во время операции. Всем пациентам после манипуляции надевали эластический чулок 2й степени компрессии, назначалась ходьба в течение часа. Чулок рекомендовалось носить в течение месяца.

**Результаты и их обсуждение.** За данный период было пролечено 7 пациентов женского пола. У всех из них имелся стволковой рефлюкс по БПВ до верхней трети голени. Пролечено две левые нижних конечностей, 5 правых, у 3 женщин имел место класс С3 и у 4 - класс С2. Средний диаметр БПВ в верхней трети бедра составил 10.6 мм, в средней трети бедра - 8.5 мм, в нижней трети бедра - 7.8 мм, в верхней трети голени - 7.5 мм. Максимальный размер БПВ, которую приходилось склерозировать составил 16-8-8 на бедре соответственно. Время проведения манипуляции составляло 25-45 минут. Основные сложности были связаны с пункцией вены, так как имеется небольшой опыт в выполнении этой манипуляции. Пациенты перед манипуляцией проходили оценку тяжести качества жизни согласно опроснику CIVIQ 20, средний бал до операции по которому составил 32. Проводилась оценка боли согласно шкале VAS - оценивались такие параметры как боль во время операции, боль в конце дня после операции, боль на следующий день после операции. Результаты были следующими: 2-1-1. В послеоперационном периоде анальгетики и антибиотики не назначались, пред- и послеоперационная тромбопрофилактика не проводилась. Проводилась оценка результатов в срок 1 месяц после операции. У всех пациентов на контрольном УЗ отмечалось отсутствие реканализации в БПВ, вена не компрессировалась и кровоток в ней не регистрировался. Диаметр вены во всех случаях уменьшился практически вдвое. Со структурой осложнений можно ознакомиться в таблице.

Осложнение	1-ые сутки после операции	1-й месяц после операции
Тромбоз глубоких вен	0	0
Тромбоз поверхностных вен	0	0
Гематома в месте пункции	0	0
Парестезии	1	0
Инфекционные осложнения	0	0
Преходящее нарушение мозгового кровообращения	0	0

У трех пациентов отмечалась умеренно выраженная гиперпигментация по ходу ствола БПВ. По нашему мнению, она имела место быть в следствие поверхностного расположения БПВ, а также за счет использования 3% раствора этоксисклерола. Вероятно использование 2% раствора этоксисклерола, а так же применение тумесцентного раствора на участках вены, располагающихся максимально поверхностно, позволит уменьшить число гиперпигментаций.

**Выводы.** Метод механо-химической облитерации большой подкожной вены со стволовым рефлюском катетером Флебогриф является перспективным направлением в современной флебологии и может составить серьезную конкуренцию устоявшимся подходам к лечению хронических заболеваний вен. Метод является экономически выгодным и имеет ряд как преимуществ, так и недостатков, в сравнении с термальными методиками лечения, однако, требуется дальнейшее изучение методики с оценкой долгосрочных результатов и определения показаний к использованию данной методики.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Application of endovenous mechanochemical ablation (MOCA) with Flebogrif™ to treat varicose veins of the lower extremities: a single center experience over 3 months of observation/Tomasz Zubilewicz, Piotr Terlecki, Karol Terlecki, Stanislaw Przywara, Janusz Rybak, Marek Ilzecki DOI: 10.5603/AA.2016.0012 .Acta Angiologica 2016;22(4):137-142.

2. Ciostek P, Kowalski M, Woźniak W, Miłek T, Myrcha P, Migda B. Phlebogriffe – a new device for mechanochemical ablation of incompetent saphenous veins: a pilot study. Phlebological Review. 2015; 23 (3):72–77. <https://doi.org/10.5114/pr.2015.57466>.

3. Mechanochemical endovenous Ablation versus RADiOfrequeNcy Ablation in the treatment of primary great saphenous vein incompetence (MARADONA): study protocol for a randomized controlled trial. Trials 2014;15:121 ©van Eekeren et al.; licensee BioMed Central Ltd. 2014.

4. Rabe E, Breu F, Cavezzi A, Smith Pc, Frullini A, Gillet J, Guex J, Hamel-Desnos C, Kern P, Partsch B, Ramelet A, Tessari L, Pannier F. European guidelines for sclerotherapy in chronic venous disorders. Phlebology: The Journal of Venous Disease. 2013; 29(6): 338-354. <https://doi.org/10.1177/0268355513483280>.

## АКТУАЛЬНОСТЬ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ГЕРНИОПЛАСТИКИ ПАХОВЫХ ГРЫЖ

*Понятов А.А., Батаев С.А., Мозоль А.Д.*

*Гродненский государственный медицинский университет*

**Актуальность.** Рецидивам паховых грыж в последнее время уделяется большое внимание. Ближайшие и отдаленные результаты не могут удовлетворять хирургов, так как количество рецидивов снижается весьма медленно. Рецидив