



НАЦИОНАЛЬНАЯ КОЛЛЕГИЯ
ФЛЕБОЛОГОВ
САМОРЕГУЛИРУЕМАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ



ЯВЛЯЕТСЯ ЧЛЕНОМ
МЕЖДУНАРОДНОГО
ОБЩЕСТВА ФЛЕБОЛОГОВ

ФЛЕБОЛОГИЯ СЕГОДНЯ

Бюллетень Национальной коллегии флебологов

СОДЕРЖАНИЕ

Обращение Председателя Совета Саморегулируемой организации (СРО) Ассоциации «Национальная коллегия флебологов», профессора, д.м.н. Шайдакова Евгения Владимировича	2
Синдром компрессии подколенной вены. По материалам Lane R.J. et al. Комментарий профессора, д.м.н. Богачева В.Ю.	3
НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ВО ФЛЕБОЛОГИИ Искусственный венозный клапан Hancock Jaffe VenoValve – результаты двухлетнего наблюдения Комментарий д.м.н. Бредихина Р.А.	6
РОССИЙСКАЯ СТАТЬЯ ЗА РУБЕЖОМ Состоятельные притоки способствуют увеличению объема рефлюкса дистально вдоль несостоятельной большой подкожной вены (Таурагинский Р.А. и соавт.)	8
ДЕРМАТОЛОГИЯ И РЕВМАТОЛОГИЯ ВО ФЛЕБОЛОГИИ Пигментные пурпурные дерматозы, в том числе болезнь Шамберга По материалам ресурса UpToDate	10
Клинические рекомендации Американской коллегии грудных врачей (CHEST) 2021 – Антитромботическая терапия при венозных тромбоэмболических осложнениях (второе обновление девятого издания) Комментарий к.м.н. Джениной О.В.	13
ИНТЕРВЬЮ. У микрофона исполнительный директор Международного общества флебологов (UIP) David Connor (Австралия)	18
Новости СРО Ассоциации «Национальная коллегия флебологов»	20
ПОЛЕЗНЫЕ РЕСУРСЫ ВО ФЛЕБОЛОГИИ	24

**Обращение Председателя Совета
Саморегулируемой организации
Ассоциации «Национальная коллегия флебологов»,
профессора, д.м.н. Шайдакова Евгения Владимировича**

Уважаемые коллеги!

Большая честь для меня представить вам новое периодическое электронное издание «ФЛЕБОЛОГИЯ СЕГОДНЯ. Бюллетень Национальной коллегии флебологов», учрежденное по инициативе членов НКФ и утвержденное единогласным решением на заседании Совета коллегии (Протокол №21 от 14.08.2021). В задачу издания входит публикация новых научных и клинических данных, новостей отечественной и международной флебологии, анонсов мероприятий, а также разносторонней информации, которая будет интересна флебологам, ангиологам, сосудистым хирургам, хирургам, врачам других специальностей в их повседневной практике.



Нарастающий в мире интерес к венозной патологии и все более широкая популяризация флебологических знаний вылились сегодня в высокопрофессиональный качественный информационный поток в зарубежных высокорейтинговых изданиях. Совершенно очевидно, что они недоступны по целому ряду причин для многих наших врачей. Упростившийся в последнее время поиск информации так или иначе требует не только грамотного перевода, но и соответствующей аналитики, занимающей большое количество времени. Вместе с тем новое поколение российских специалистов, оказывающих помощь пациентам с заболеваниями вен и влияющей на них сочетанной патологией, готовы впитывать самую актуальную информацию, интерпретируя ее, адаптируя и максимально быстро внедряя в повседневную практику. В то же время отечественные периодические издания переполнены коммерческими публикациями, статьями довольно низкого качества и такого же содержания, что, к сожалению, усугубляет падающий к ним интерес, подталкивая наших ведущих специалистов направлять свои лучшие работы в зарубежную печать.

Во главу угла нашего сборника встал интерес практикующего врача-флеболога, новизна, качество, доступность и возможная применимость получаемой информации. Интерактивный формат, бесспорно, привлечет внимание самой широкой аудитории. Переводы лучших зарубежных статей, результаты самых интересных отечественных и международных исследований, материалы по смежным направлениям, мнения экспертов, клинические случаи, интервью и многое другое – все это не должно оставить равнодушным никого из нашего профессионального сообщества.

Искренне ваш,

Профессор Е.В. Шайдаков



Синдром компрессии подколенной вены

По материалам Lane R.J. et al.¹

В практике каждого флеболога встречаются пациенты с симптомами и признаками хронической венозной недостаточности (ХВН), у которых отсутствует патологический рефлюкс или обструкция магистральных вен нижних конечностей. Зачастую больные имеют крупное телосложение или выраженное ожирение². У многих отмечается синдром компрессии подколенной вены (ПкВ), который можно определить как уменьшение просвета ПкВ на более чем 90% при разгибании и полной опоре на конечность в сравнении с согнутой ногой (рис. 1)¹. Этот синдром активно изучался в 90-е годы, продолжая вызывать интерес и сегодня¹⁻⁵. Вместе с тем слабая информированность практикующих врачей приводит к значительной задержке постановки диагноза у многих подобных пациентов. Кроме того, хирургическое лечение варикозной болезни в данной когорте может стать причиной ухудшения состояния конечности.

Lane R.J. et al. при подозрении на синдром компрессии ПкВ и отсутствии патологии при УЗДС выполняли восходящую рентгенконтрастную флебографию также при сгибании и разгибании в коленном суставе (рис. 2)¹. Авторы предложили тактику диагностики и лечения, отраженную на рис. 3.

В соответствии с указанной схемой после неудачной консервативной терапии (борьба с лишним весом, компрессионный трикотаж и/или местное лечение трофических язв) у 30 пациентов с выраженной ХВН была проведена открытая подколенная декомпрессия.

Из продольного s-образного разреза рассекалась подколенная фасция и отделялась от подкожной клетчатки, мобилизовалась ПкВ. Ввиду того, что большинство пациентов имели избыточный вес, у многих больных определялись гипертрофированные камбаловидные и икроножные мышцы. Любые

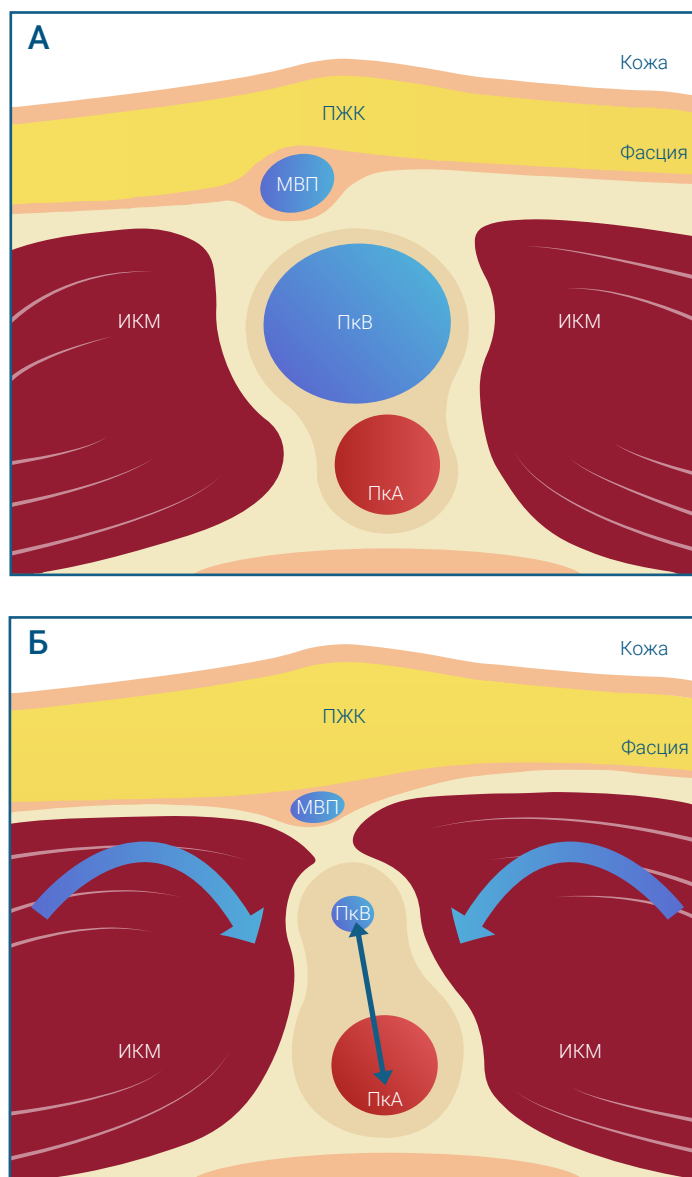


Рисунок 1. Схематическое изображение подколенной ямки: **А** – с небольшим сгибанием колена; **Б** – после разгибания коленного сустава и опоры на эту конечность. **NB!** Расстояние между центром артерии и веной практически не изменяется во время внешней компрессии (стрелка).

Примечание: МВП – малая подкожная вена; ПкВ – подколенная вена; ПкА – подколенная артерия; ИКМ – икроножная мышца; ПЖК – подкожно-жировая клетчатка.

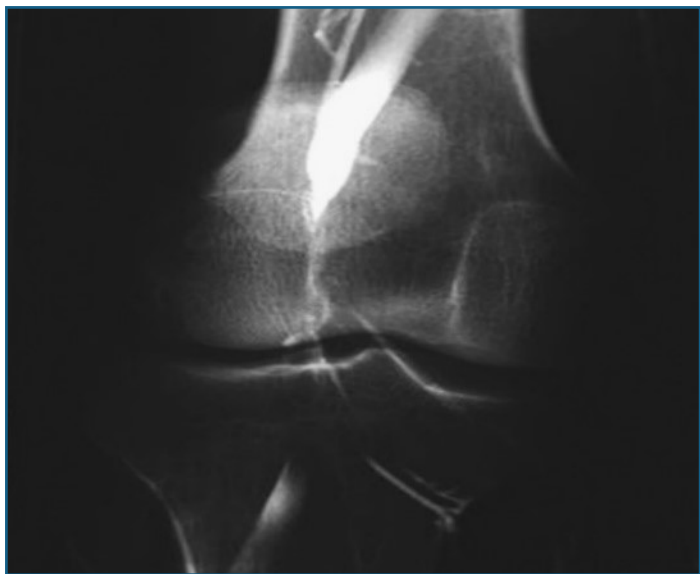


Рисунок 2. Экстравазальная компрессия ПкВ по данным рентгенконтрастной флебографии

мышечные группы, способные компрессировать вену, отделялись и частично пересекались, после чего выполнялась проба с максимальным разгибанием конечности для оценки любых остаточных обструктивных явлений. Удалялась избыточная жировая ткань из подколенной ямки, фасция не ушивалась.

Оперативное лечение позволяло добиваться хороших результатов. Кроме улучшения гемодинамических показателей, большинство больных почувствовали уменьшение напряжения в икроножных мышцах спустя 7–10 дней. Гиперпигментации проходили достаточно быстро, в то время как у пациентов с отеками, липодерматосклерозом или с эритемой требовалось от нескольких недель до нескольких месяцев для улучшения состояния конечностей. В двух случаях компенсировалась ассоциированная перемежающаяся артериальная хромота.



Рисунок 3. Алгоритм диагностики и лечения пациентов с подозрением на синдром компрессии подколенной вены

Выводы

Синдром компрессии ПкВ встречается достаточно часто у пациентов с необъяснимой другими причинами ХВН. Ожирение является фактором риска его развития. Больные могут находиться под динамическим наблюдением и получать консервативную терапию, бороться с лишним весом, однако в случае рефрактерности патологического процесса хирургическое лечение позволяет достичь хороших результатов.

Комментарий приглашенного эксперта Богачёв Вадим Юрьевич, профессор, д.м.н.

Компрессия подколенной вены окружающими тканями является редкой патологией, причинами которой могут служить не только гипертрофия мышц голени или избыток подкожно-жировой клетчатки, но и киста Бейкера. В такой ситуации важно определить истинную причину компрессии. С этой целью может использоваться УЗДС или СКТ-флебография, которые более безопасны в сравнении с прямой рентгенконтрастной флебографией. Что касается декомпрессии подколенной вены, то здесь представляются перспективными экстравазальная имплантация армированного протеза или спирали А.Н. Веденского, а также стентирование ввиду высокой травматичности открытых операций.



Литература/References

¹Lane RJ, Cuzzilla ML, Harris RA, Phillips MN. Popliteal vein compression syndrome: obesity, venous disease and the popliteal connection. *Phlebology*. 2009 Oct; 24(5): 201-7. doi: 10.1258/phleb.2008.008039.

²Millen RN, Thomas KN, Versteeg MPT, van Rij AM. Popliteal vein compression, obesity, and chronic venous disease. *J VascSurg Venous Lymphat Disord*. 2021 Jul 31; S2213-333X(21)00382-6. doi: 10.1016/j.jvsv.2021.05.013.

³Leon M, Volteas N, Labropoulos N, et al. Popliteal vein entrapment in the normal population. *Eur J Vasc Surg*. 1992 Nov; 6(6): 623-7. doi: 10.1016/s0950-821x(05)80839-4.

⁴Di Marzo L, Cisternino S, Sapienza P, et al. La sindrome da intrappolamento della vena poplitea: risultati del trattamento chirurgico [Entrapment syndrome of the popliteal vein: results of the surgical treatment]. *Ann Ital Chir*. 1996 Jul-Aug; 67(4): 515-9; discussion 519-20. Italian.

⁵Gerkin TM, Beebe HG, Williams DM, et al. Popliteal vein entrapment presenting as deep venous thrombosis and chronic venous insufficiency. *J Vasc Surg*. 1993 Nov; 18(5): 760-6. doi: 10.1067/mva.1993.48846.

НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ВО ФЛЕБОЛОГИИ

Искусственный венозный клапан Hancock Jaffe VenoValve – результаты двухлетнего наблюдения

Открытая хирургия глубоких вен у пациентов с аксиальным венозным рефлюксом сложна по своей сути и является определенным вызовом для сосудистого хирурга. Прежние модели искусственных синтетических клапанов не позволяли добиваться хороших результатов. Вместе с тем на XII Международном конгрессе Латиноамериканского венозного форума (Буэнос-Айрес, Аргентина, 2021) Jorge Ulloa (Колумбия), председатель Международного комитета Американского венозного форума (AVF), выступавший в том числе и в России в 2019 году на наших традиционных Рождественских встречах в Санкт-Петербурге, представил данные больных, кому был имплантирован новый искусственный клапан VenoValve в глубокие вены по поводу хронической венозной недостаточности.

Исследователями были прооперированы 8 пациентов. Среднее время наблюдения составило два года. Получены следующие результаты:

- уменьшение рефлюкса в среднем на 63%;
- значительное уменьшение тяжести заболевания, оцененной по пересмотренной шкале тяжести rVCSS, в среднем с 13,4 до 5,4 баллов;
- уменьшение боли в среднем с 7,25 до 0,5 баллов (улучшение на 93%);
- не наблюдалось проблем с безопасностью и рецидивов трофических язв.



После данной пилотной работы авторы начинают новое исследование под названием SAVVE (Surgical anti-reflux venous valve endoprosthesis), в котором также будут оценены безопасность и эффективность имплантации нового искусственного клапана VenoValve на большом материале. Планируется включить 75 пациентов из 20 центров.

Желаем авторам успехов и с нетерпением будем ждать результатов этого крайне важного для всей мировой флебологии исследования!

Комментарий приглашенного эксперта Бредихин Роман Александрович, д.м.н.

Проблема лечения аксиального венозного рефлюкса имеет длинную и не очень успешную историю. Попытки как трансплантации, так и создания аутоклапанов в глубоких венах, в течение многих лет следует признать не самыми удачными.

В последнее время известны определенные успехи профессоров Oscar Maleti и Marzia Lugli (Модена, Италия) в разработке неоклапана из расщепленной стенки посттромботической вены, а также немногочисленные успешные случаи формирования моностворчатого клапана по методике Orie. Однако все эти методы сложны в исполнении и не могут быть воспроизведены «на потоке».

Появление VenoValve – биологического моноклапана, созданного из аортального клапана свиньи и установленного на конструкцию из нержавеющей стали, открывает новые горизонты в реконструктивной хирургии глубоких вен. С нетерпением жду результатов предстоящих испытаний. Недаром Управление по контролю за продуктами и лекарствами США (FDA) присвоило VenoValve статус «Прорывного устройства». Это лишний раз подчеркивает, насколько важной для всего медицинского сообщества является работа специалистов Hancock Jaffe Laboratories по созданию имплантируемого искусственного клапана.



Нельзя забывать и про второе перспективное устройство: эндоваскулярную систему Blueleaf по созданию искусственного клапана из собственных тканей. Впервые за долгое время у нас появились два многообещающих варианта лечения аксиального венозного рефлюкса. Надеюсь, предстоящие исследования завершатся успешно, и мы сможем испытать эти устройства на практике.

РОССИЙСКАЯ СТАТЬЯ ЗА РУБЕЖОМ

Состоятельные притоки способствуют увеличению объема рефлюкса дистально вдоль несостоятельной большой подкожной вены

Таурагинский Р.А. и соавт.¹

Уважаемые коллеги! В данной рубрике будут представлены тезисы статей отечественных авторов, опубликованные в зарубежной печати, с соответствующими иллюстрациями. Первая работа посвящена гемодинамическим аспектам хронических заболеваний вен.

Введение

Венозный рефлюкс – основной патофизиологический процесс при первичном варикозном расширении вен и его прогрессировании. Наша гипотеза состояла в том, что объем рефлюкса (ОР) должен увеличиваться вдоль большой подкожной вены (БПВ) в дистальном направлении. Для ее проверки мы сравнивали одновременно измеренные значения ОР в верхнем и нижнем сегментах БПВ на бедре.

Методы

В одноцентровое исследование были включены пациенты с первичной недостаточностью БПВ (70 конечностей), давшие согласие на участие. Пациенты были проспективно стратифицированы на две группы – с несостоятельным и состоятельным остиальным клапаном. Площадь поперечного сечения БПВ измеряли в верхней (ППС₁, см²) и дистальной (ППС₂, см²) точках бедра. Также была измерена площадь поперечного сечения каждого притока, который соединяется с БПВ между этими точками, и рассчитана их общая площадь (ППС-прит) (рис. 1). После маневра дистальной компрессии-декомпрессии в обеих точках одновременно измеряли среднюю скорость кровотока (см/с) и продолжительность рефлюкса (с) (рис. 2). Объем рефлюкса (ОР, мл) рассчитывали для каждой точки (ОР₁ и ОР₂). Далее рассчитывали разницу объема

рефлюкса (Δ ОР) между двумя точками в абсолютных (мл) и относительных (%) значениях.

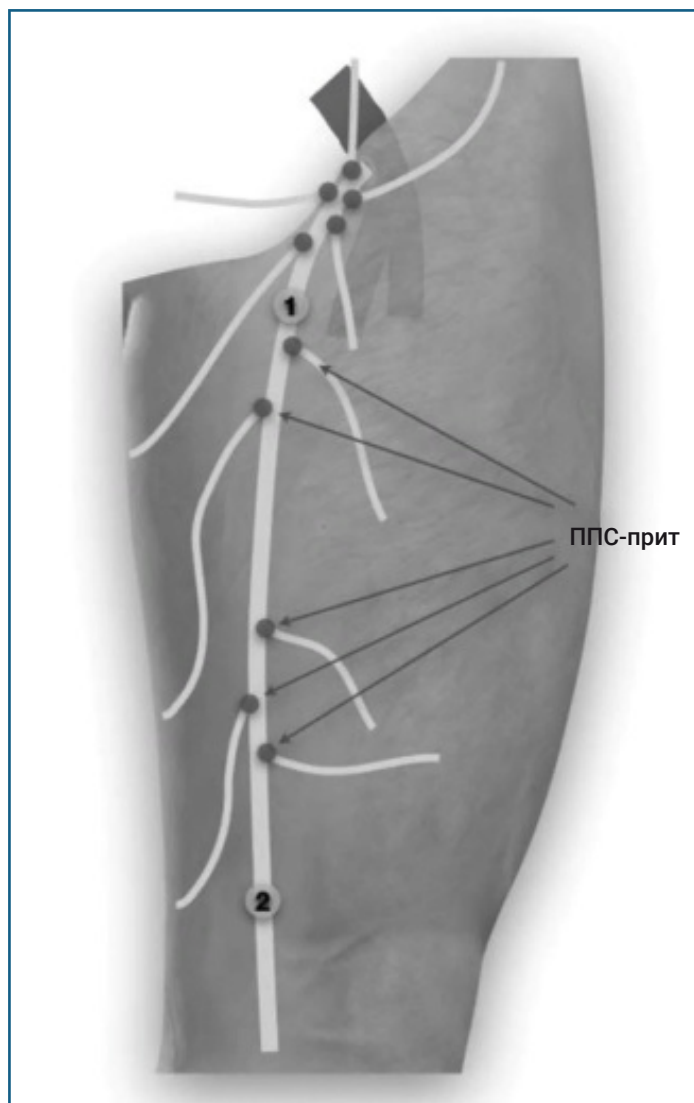


Рисунок 1. Общая поперечная площадь сечения состоятельных притоков, впадающих в БПВ между двумя точками измерения. 1 – верхняя точка измерения рефлюкса; 2 – нижняя точка измерения рефлюкса

Результаты

Основным результатом исследования было увеличение объема рефлюкса каудально от сафено-феморального соустья (СФС) до уровня колена ($OP_1 = 12,7 \pm 8,4$ и $OP_2 = 20,5 \pm 14$ мл; $P < 0,0001$). Прирост ОР составил $7,8 \pm 7,2$ мл; $65,3 \pm 41\%$. Разницы между $ППС_1$ и $ППС_2$ не выявлено ($0,34 \pm 0,17$ и $0,33 \pm 0,17$ см² соответственно; $P = 0,9$), однако средняя скорость кровотока была статистически значимо больше в нижней точке ($7,3 \pm 3,9$ и $11,4 \pm 5,7$ см/с соответственно; $P < 0,0001$). Все притоки между точками были состоятельными.

Выводы

Объем рефлюкса в БПВ увеличивается каудально от СФС до уровня колена. Наблюдаемый ОР в нижней точке БПВ представлял собой совокупный объем из всех состоятельных притоков БПВ на бедре и СФС, если оно несостоятельно.

Комментарий автора — Таурагинского Романа Александровича

Уважаемые коллеги, результаты нашего исследования показывают, что так называемым «источником рефлюкса» является не одна конкретная вена (перфорант и/или соустье), находящаяся в проксимальном отделе рефлюкс-кондуита (в данном исследовании – БПВ), а совокупность всех вен в нее впадающих. Это объясняет не только причины сохранения рефлюкса в стволе БПВ или МПВ после изолированной кроссэктомии, но и наблюдаемый ретроградный поток в тех случаях, когда при УЗДС не удастся установить явный «видимый источник», формирующий этот ретроградный поток от конкретной проксимальной точки. Также исследование демонстрирует, что при наличии состоятельного терминального и/или претерминального клапанов СФС вы можете получить

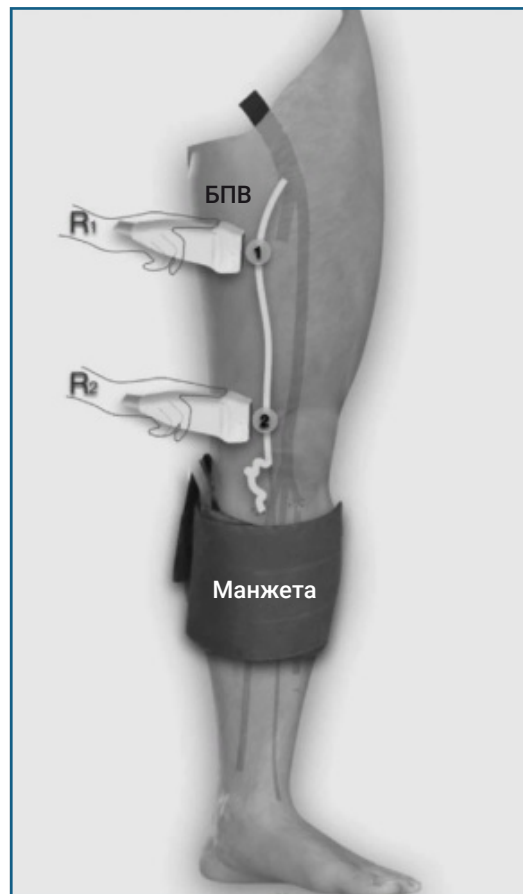
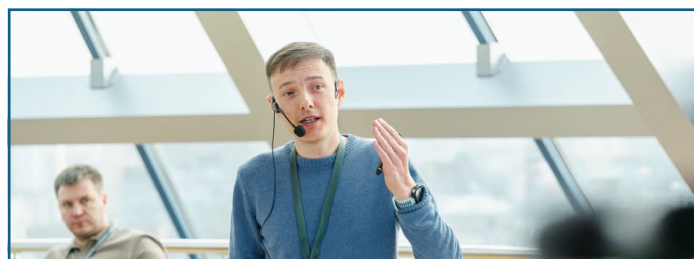


Рисунок 2. Схематическое изображение измерений рефлюкса. **R1** – исследователь 1, **R2** – исследователь 2; **1** – верхняя точка измерения рефлюкса, **2** – нижняя точка измерения рефлюкса

ложноотрицательный результат при диагностической пробе Вальсальвы, тогда как проба дистальной компрессии-декомпрессии будет положительной.



Литература/References

¹Tauraginskii RA, Lurie F, Agalarov R, Simakov S, Borsuk D. Blood flow from competent tributaries is likely contributor to distally increasing reflux volume in incompetent great saphenous vein. J Vasc Surg Venous Lymphat Disord. 2021 May 4: S2213-333X(21)00205-5. doi: 10.1016/j.jvsv.2021.04.010.

ДЕРМАТОЛОГИЯ И РЕВМАТОЛОГИЯ ВО ФЛЕБОЛОГИИ

Пигментные пурпурные дерматозы, в том числе болезнь Шамберга

По материалам ресурса UpToDate

Пигментные пурпурные дерматозы (ППД) представляют собой группу хронических доброкачественных кожных высыпаний, характеризующихся наличием петехий, пурпуры и повышенной пигментации кожи. ППД чаще всего возникают на нижних конечностях и могут протекать бессимптомно или с зудом.

Данные об эпидемиологии ППД ограничены. В целом эти заболевания считаются редкими.

Болезнь Шамберга – наиболее распространенная форма ППД, также известная как прогрессирующая пигментная пурпура (рис. 1).



Рисунок 1. Болезнь Шамберга: А, Б — локализация петехий на голенях на местах диффузного отложения гемосидина при венозной гипертензии. Видно проксимальное расширение в сторону бедер; В, Г — отдельные желто-красные пятна с петехиями¹

К другим ППД относятся пурпура кольцевидная телеангиэктатическая Майокки (рис. 2), пигментный пурпурный лихеноидный дерматит Гугеро и Блюма (рис. 3), золотистый лишай (*Lichen aureus*) (рис. 4), экзематидоподобная

пурпура Дукаса–Капетанакиса (рис. 5). Существуют и более редкие варианты ППД.



Рисунок 2. Пурпура кольцевидная телеангиэктатическая Майокки. Кольцевидные бляшки с центральной атрофической зоной и наличием краевых петехий¹



Рисунок 3. Пигментный пурпурный лихеноидный дерматит Гугеро и Блюма: пурпурные красно-коричневые лихеноидные папулы на нижних конечностях (А–В)¹

ППД могут развиваться в любом возрасте. Было предположено множество факторов, способствующих их возникновению, среди которых системные заболевания, влияние лекарств, контактные аллергены, а также венозная гипертензия, однако ни один из них не был окончательно доказан.

Ключевыми клиническими признаками всех ППД считаются петехии или пурпура, которые отражают экстравазацию эритроцитов, и желто-коричневые пигментные пятна, возникающие в результате отложения гемосидерина в дерме. Наиболее частыми участками ППД являются нижние конечности, хотя поражения могут развиваться и в других областях.

Золотистый лишай (*Lichen aureus*) чаще всего возникает односторонне на нижних конечностях, при этом часто следует по ходу крупных вен. Двустороннее поражение встречается реже. Также могут вовлекаться верхние конечности и туловище.

Диагностика

Диагноз ППД обычно ставится на основании осмотра и определения классических морфологических особенностей. Дерматоскопия может быть полезным дополнением. Биопсия кожи целесообразна в тех случаях, когда диагноз остается неопределенным после клинического обследования.

Дифференциальный диагноз ППД проводится с другими кожными болезнями, проявляющимися петехиями, пурпурой, экзематозным поражением или локальной гиперпигментацией, связанной с отложением гемосидерина. К основным заболеваниям, с которыми чаще всего следует дифференцировать ППД, относятся застойный дерматит, кожный васкулит, травматическая пурпура и грибовидный микоз. К более редким – цинга, дерматит, саркома Капоши.



Рисунок 4. Золотистый лишай (*Lichen aureus*): А – симметричные двусторонние желто-коричневые пятна на обеих лодыжках; Б – единичная локализация пятна цвета ржавчины на первой фаланге третьего пальца; В – золотистый лишай на голених¹

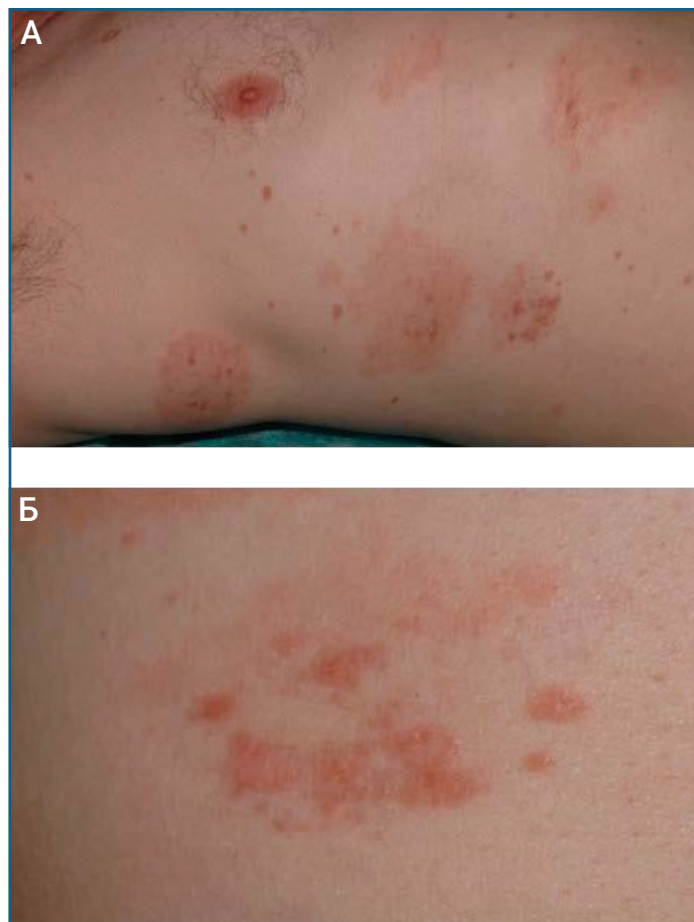


Рисунок 5. Экзематидоподобная пурпура Дукаса–Капетанакиса (А, Б)¹

Лечение

ППД – это доброкачественные заболевания, которые зачастую протекают бессимптомно. Таким образом, лечение требуется редко, и успокоить пациента является основной задачей в подавляющем большинстве случаев. Терапия может быть рекомендована при наличии сопутствующих симптомов или при желании больного улучшить косметический дефект.

Принимая во внимание минимальное количество исследований и их сомнительное качество, а также возможность спонтанного разрешения ППД, оптимальный лечебный подход остается неопределенным. Кроме того, реакция на вмешательство непредсказуема и может проявляться в усугублении процесса. Учитывая доброкачественный характер болезни, всегда следует соотносить риск и пользу терапии.

Тем не менее, когда пациенты настаивают на лечении, обычно оно начинается с мер по устранению возможных усугубляющих факторов или местных кортикостероидов из-за их относительной безопасности.

Вмешательства первой линии – исключение возможных провоцирующих факторов (лекарства, контактные аллергены, венозная гипертензия) и местные кортикостероиды.

Местные кортикостероиды средней или высокой активности обычно назначаются на пораженные участки один-два раза в день в течение четырех-шести недель. Если в этот период улучшение не наблюдается, лечение прекращается.

Вмешательство второй линии – фототерапия.

Фототерапия (узкополосный ультрафиолет В (UVB) или псорален плюс ультрафиолет А (PUVA)) рассматривается для тех пациентов, у кого местные кортикостероиды неэффективны, или при обширном поражении. Данные о долгосрочной пользе фототерапии после ее прекращения ограничены.

Также предлагалось большое количество других методов лечения ППД. В рандомизированном исследовании оценивался только пентоксифиллин (400 мг три раза в день в течение восьми недель при болезни Шамберга), показавший эффективность в отношении снижения тяжести заболевания через два месяца в сравнении с местным бетаметазоном.

Прогноз и динамическое наблюдение

В целом ППД являются доброкачественными хроническими заболеваниями. Высыпания сохраняются, нарастают и ослабевают, или медленно прогрессируют и могут спонтанно исчезать в течение периода от нескольких месяцев до нескольких лет.

Из-за отсутствия данных о риске грибкового микоза у пациентов с классическими проявлениями ППД необходимость наблюдения неясна. Обычно считается, что риск грибкового микоза в этой популяции невелик. В качестве меры предосторожности рекомендуется обследование кожи пациентов с ППД один раз в год.

Литература/References

¹Spigariolo CB, Giacalone S, Nazzaro G. Pigmented Purpuric Dermatoses: A Complete Narrative Review. J Clin Med. 2021 May 25;10(11):2283. doi: 10.3390/jcm10112283.

Клинические рекомендации Американской коллегии грудных врачей (CHEST) 2021 – Антитромботическая терапия при венозных тромбоэмболических осложнениях (второе обновление девятого издания)

В 2021 году вышли в свет обновленные клинические рекомендации Американской коллегии грудных врачей (CHEST), посвященные анти-тромботической терапии при венозных тромбоэмболических осложнениях (ВТЭО). Это второе обновление девятого издания, в рамках которого экспертная группа разработала 29 руководящих положений, 13 из которых оценены как сильные.

Оригинальная публикация содержит много комментариев и ссылок на другие согласительные документы. Ниже приводим непосредственно 29 рекомендаций без какой-либо дополнительной информации.

Обращаем внимание, что некоторые из руководящих принципов опубликованы впервые в 2021 году в этом документе и основаны на современных доказательствах. Поэтому часть из них расходятся с текущими положениями нормативных документов Российской Федерации. Ввиду чего их применение в настоящий момент может нести в себе определенные юридические риски.

Рекомендации CHEST 2021

Следует ли и как назначать антикоагулянты пациентам с изолированным дистальным тромбозом глубоких вен (ТГВ)

1. У пациентов с острым изолированным дистальным ТГВ и (А) без выраженных симптомов или факторов риска прогрессирования мы предлагаем визуализацию глубоких вен в динамике в течение двух недель вместо антикоагулянтной терапии (слабая рекомендация, средняя достоверность доказательств) или (Б) с выраженными симптомами или факторами риска прогрессирования мы предлагаем антикоагулянтную терапию вместо визуализации глубоких вен в динамике (слабая рекомендация, низкая

достоверность доказательств).

2. У пациентов с острым изолированным дистальным ТГВ, которые находятся под наблюдением и им выполняется серийная визуализация глубоких вен, мы (А) рекомендуем не использовать антикоагулянты, если тромб не прогрессирует (сильная рекомендация, средняя достоверность доказательств), (Б) предлагаем назначить антикоагулянты, если тромб распространяется выше, но при этом остается в дистальных венах (слабая рекомендация, очень низкая достоверность доказательств), и (В) рекомендуем антикоагулянтную терапию, если тромб распространяется в проксимальные отделы (сильная рекомендация, средняя достоверность доказательств).

Следует ли лечить изолированную субсегментарную ТЭЛА

3. У пациентов с субсегментарной ТЭЛА (без вовлечения более проксимальных легочных артерий) и без проксимального ТГВ, которые имеют (А) низкий риск рецидива ВТЭО, мы предлагаем клиническое наблюдение вместо антикоагулянтной терапии (слабая рекомендация, низкая достоверность доказательств) или (Б) в случае высокого риска рецидива ВТЭО мы предлагаем антикоагулянтную терапию вместо клинического наблюдения (слабая рекомендация, низкая достоверность доказательств).

Следует ли лечить случайно диагностированную бессимптомную острую ТЭЛА

4. Пациентам, у которых непреднамеренно обнаружена бессимптомная ТЭЛА, мы предлагаем ту же начальную и долгосрочную антикоагулянтную терапию, что и для сопоставимых

пациентов с симптоматической ТЭЛА (слабая рекомендация, средняя достоверность доказательств).

Следует ли лечить церебральный венозный тромбоз

5. Пациентам с церебральным венозным тромбозом/тромбозом венозного синуса мы рекомендуем антикоагулянтную терапию, по крайней мере на этапе лечения (первые три месяца) вместо наблюдательной тактики (сильная рекомендация, низкая достоверность доказательств).

Тромболитические и механические вмешательства при остром ТГВ

6. Пациентам с острым ТГВ мы предлагаем только антикоагулянтную терапию вместо интервенционной (тромболитической, механической или фармако-механической) терапии (слабая рекомендация, средняя достоверность доказательств).

Тромболитическая терапия у пациентов с острой ТЭЛА

7. Пациентам с острой ТЭЛА и гипотензией (систолическое АД <90 мм рт. ст.) без высокого риска кровотечения мы предлагаем системный тромболизис (слабая рекомендация, низкая достоверность доказательств).

8. У большинства пациентов с острой ТЭЛА без гипотензии мы не рекомендуем системный тромболизис (сильная рекомендация, низкая достоверность доказательств).

9. У отдельных пациентов с острой ТЭЛА, состояние которых ухудшилось после начала антикоагулянтной терапии, но еще не развилась гипотензия, и у которых имеется приемлемый риск кровотечения, мы рекомендуем системный тромболизис (слабая рекомендация, низкая достоверность доказательств).

Катетер-ассоциированное удаление тромба у пациентов с острой ТЭЛА

10. Пациентам с острой ТЭЛА, которым назначены тромболитики, мы предлагаем системный тромболизис через периферическую вену вместо катетер-управляемого тромболизиса (слабая рекомендация, низкая достоверность доказательств).

11. У пациентов с острой ТЭЛА и гипотензией, которые также имеют (А) высокий риск кровотечения, (Б) неудачный системный тромболизис или (В) шок, который может привести к смерти до того, как системный тромболизис начнет действовать (в течение нескольких часов), при наличии соответствующего опыта и ресурсов мы предлагаем катетер-ассоциированное удаление тромба (слабая рекомендация, низкая достоверность доказательств).

Кавафилтры в дополнение к антикоагуляции у пациентов с острой ТЭЛА

12. У пациентов с острым ТГВ мы не рекомендуем использовать кавафилтр в дополнение к антикоагулянтам (сильная рекомендация, средняя достоверность доказательств).

13. У пациентов с острым проксимальным ТГВ с наличием противопоказаний к антикоагулянтной терапии мы рекомендуем использовать кавафилтр (сильная рекомендация, средняя достоверность доказательств).

Условия оказания медицинской помощи

14. Мы рекомендуем амбулаторное лечение вместо госпитализации у пациентов с ТЭЛА низкого риска при условии адекватных домашних условий, наличии необходимых медикаментов и доступности медицинской помощи (сильная рекомендация, низкая достоверность доказательств).

Выбор антикоагулянта

15. У пациентов с ВТЭО (ТГВ или ТЭЛА) в качестве лечения (первые три месяца) мы рекомендуем антикоагулянтную терапию препара-

тами аписабан, дабигатран, эдоксабан или ривароксабан вместо антагонистов витамина К (сильная рекомендация, средняя достоверность доказательств).

Пероральные антикоагулянты (ПОАК) при онко-ассоциированном тромбозе

16. У пациентов с острым ВТЭО на фоне рака (онко-ассоциированного тромбоза) мы рекомендуем использовать пероральный ингибитор Ха-фактора (аписабан, эдоксабан, ривароксабан) вместо низкомолекулярных гепаринов (НМГ) (сильная рекомендация, средняя достоверность доказательств).

Продленная терапия пациентов с острым ВТЭО на фоне антифосфолипидного синдрома

17. У пациентов с подтвержденным антифосфолипидным синдромом, которые получают антикоагулянтную терапию, мы рекомендуем использовать антагонисты витамина К (целевое значение МНО 2,5) вместо терапии ПОАК (слабая рекомендация, низкая достоверность доказательств).

Роль антикоагулянтов при спонтанном тромбозе поверхностных вен

18. У пациентов с тромбозом поверхностных вен нижних конечностей и повышенным риском прогрессирования тромбоза до ТГВ или ТЭЛА мы предлагаем использовать антикоагулянтную терапию в течение 45 дней вместо отсутствия антикоагуляции (слабая рекомендация, средняя достоверность доказательств).

19. У пациентов с тромбозом поверхностных вен, которым назначены антикоагулянты, мы рекомендуем отдавать предпочтение фондапаринуксу 2,5 мг в сутки вместо других схем антикоагулянтной терапии, таких как профилактические или терапевтические дозы НМГ (слабая рекомендация, низкая достоверность доказательств).

20. У пациентов с тромбозом поверхностных вен, которые отказываются или не могут использовать парентеральную антикоагулянтную терапию, мы рекомендуем применение ривароксабана в дозе 10 мг в сутки в качестве разумной альтернативы фондапаринуксу в суточной дозе 2,5 мг (слабая рекомендация, низкая достоверность доказательств).

Продолжительность антикоагулянтной терапии у пациентов с острым ВТЭО

21. У пациентов с острым ВТЭО при отсутствии противопоказаний мы рекомендуем лечение антикоагулянтами в течение трех месяцев (сильная рекомендация, средняя достоверность доказательств).

Примечание: спустя три месяца все пациенты должны пройти обследование в отношении необходимости продленной антикоагулянтной терапии.

22. У пациентов с ВТЭО, диагностированным на фоне значимого преходящего фактора риска, мы рекомендуем отказаться от продленной антикоагулянтной терапии (сильная рекомендация, умеренная достоверность доказательств).

23. У пациентов с ВТЭО, диагностированным на фоне незначительного преходящего фактора риска, мы рекомендуем отказаться от продленной антикоагулянтной терапии (слабая рекомендация, умеренная достоверность доказательств).

24. У пациентов с ВТЭО, диагностированным при отсутствии преходящего провоцирующего фактора (неспровоцированное ВТЭО или спровоцированное постоянным фактором риска), мы рекомендуем продленную антикоагулянтную терапию с применением ПОАК (сильная рекомендация, средняя достоверность доказательств).

25. У пациентов с ВТЭО, диагностированным при отсутствии преходящего провоцирующего фактора (неспровоцированное ВТЭО или спровоцированное постоянным фактором риска),

которые не могут получать ПОАК, мы рекомендуем предложить продленную антикоагулянтную терапию антагонистами витамина К (слабая рекомендация, средняя достоверность доказательств).

Сниженные или полноценные дозы антикоагулянтов при продленной терапии ВТЭО

26. У пациентов, кому была назначена продленная антикоагулянтная терапия, мы предлагаем использовать сниженную дозу апиксабана или ривароксабана вместо полноценной дозы апиксабана или ривароксабана (слабая рекомендация, очень низкая достоверность доказательств).

Примечание: сниженная доза апиксабана составляет 2,5 мг два раза в день, ривароксабана — 10 мг один раз в день.

Аспирин для продленной терапии ВТЭО

27. У пациентов, кому была назначена продленная антикоагуляция, мы рекомендуем сниженную дозу ПОАК вместо аспирина или отсутствия терапии (сильная рекоменда-

ция, низкая достоверность доказательств) и предлагаем сниженную дозу ривароксабана вместо аспирина (слабая рекомендация, средняя достоверность доказательств).

28. У пациентов с неспровоцированным проксимальным ТГВ или ТЭЛА, которые прекращают антикоагулянтную терапию и не имеют противопоказаний к аспирину, с целью предотвращения рецидива ВТЭО мы рекомендуем прием аспирина (слабая рекомендация, низкая достоверность доказательств).

Компрессионные чулки для профилактики посттромботического синдрома (ПТС)

29. У пациентов с острым ТГВ мы не рекомендуем использовать рутинно компрессионные чулки для предотвращения ПТС (слабая рекомендация, низкая достоверность доказательств).

Примечание: компрессионный трикотаж может уменьшить острые симптомы ТГВ или хронические симптомы у тех, у кого развился ПТС, однако нет доказательств в отношении снижения риска развития ПТС.

Комментарий приглашенного эксперта Дженина Ольга Вадимовна, к.м.н.

Апдейт рекомендаций АССР не произвел революцию в тактике ведения пациентов с ВТЭО, скорее он является завершающим резюме после рекомендаций ESC (European Society of Cardiology, 2019 г.) и ESVS (European Society for Vascular Surgery, 2021 г.). Основной тенденцией становится расширение показаний к антикоагулянтной терапии – тромбозы редкой локализации (церебральные), тромбозы поверхностных вен, а также акцент на проведение терапии в амбулаторном режиме, в том числе пациентам с ТЭЛА низкого риска.

Обращает на себя внимание последовательное сужение показаний к хирургической профилактике ТЭЛА: по сути, в настоящее время основным аргументом в поддержку имплантации кавафилтра является невозможность проведения адекватной, полноценной антикоагуляции.



- АССР поддерживают позиции NICE (National Institute for Health and Care Excellence) Guideline от 2020 г. и NCCN (National Comprehensive Cancer Network) Guidelines Version 2.2021 и утверждают ПОАК в качестве антикоагулянтов первого выбора у онкологических больных, в отличие от ESVS, чьи рекомендации сохраняют преимущество за низкомолекулярными гепаринами при проведении как инициальной, так и продленной антикоагулянтной терапии рак-ассоциированного тромбоза;
- АССР предлагают использовать аспирин для продленной профилактики рецидива ВТЭО после прекращения антикоагулянтной терапии, когда рекомендации ESVS прямо не рекомендуют подобную тактику.

ИНТЕРВЬЮ

У микрофона исполнительный директор Международного союза флебологов (UIP) David Connor (Австралия)



Объединение профессиональных медицинских организаций в единую структуру способствует развитию науки и продвижению прогрессивных идей, повышает качество лечения и улучшает ближайшие и отдаленные результаты. На протяжении 60 лет Международный союз флебологов (UIP) расширяет границы взаимодействия между флебологическими сообществами со всех континентов. Об истории, миссии и приоритетных направлениях работы рассказал исполнительный директор UIP **David Connor**.

– *Каждое профессиональное объединение имеет историю. С какого года действует UIP, и кто выступил инициатором создания такой серьезной структуры, охватившей все мировое флебологическое сообщество?*

– UIP был создан 24 марта 1959 года – вот уже более 60 лет плодотворного труда. Основателями стали ассоциации флебологов из Франции, Германии, Бенилюкса и Италии. Эти объединения признали необходимость совместной работы флебологических сообществ по всему миру и избрали Dr. Erich Krieg в качестве президента. Первый Всемирный конгресс состоялся в 1960 году в Шамбери во Франции и с тех пор проводится каждые 3–5 лет. Вы можете прочитать больше об истории UIP на нашем [сайте](#).

– *В чем заключается миссия UIP?*

– У UIP много направлений, по которым мы активно работаем, но все они нацелены на самое главное – улучшение результатов лечения пациентов за счет развития флебологии во всем мире. Задачами UIP являются расширение и укрепление связей между профессиональными флебологическими сообществами, повышение теоретического и практического уровня специалистов, а также подготовка

и непрерывное медицинское образование флебологов. Мы стремимся прийти к консенсусу и опубликовать эти данные по всем аспектам венозных заболеваний, стараемся поддерживать перспективные исследования по актуальным проблемам, оказываем помощь в организации мероприятий и поощряем деятельность флебологических сообществ и их вступление в UIP.

– *Сколько обществ являются членами UIP? Насколько быстро он расширяется в последние годы?*

– В UIP состоят 74 общества-члена со всего мира, из которых 9 были включены на последнем заседании Генерального Совета и 8 – на предыдущем. У нас также есть ряд организаций, которые с нетерпением ожидают следующего заседания для рассмотрения их заявок. Надеемся, что этот рост продолжится, особенно там, где мы еще не имеем членов. К примеру, только несколько объединений из Африки вошли в UIP, поэтому наш комитет по связям с общественностью активно работает над тем, чтобы помогать присоединяться и остальным.

– Любой путь – это череда успехов, ошибок, изменений. Что меняется с годами в работе UIP? Какие изменения происходят сейчас?

– Каждый путь сложен, и каждый вызов несет с собой определенный опыт. Я не склонен думать об успехах и ошибках, но использую каждый вызов, чтобы научиться тому, как лучше двигаться вперед. Мы анализируем, что необходимо модернизировать в UIP для наших членов и в конечном счете для улучшения результатов лечения наших пациентов по всему миру.

Нужно сказать, что в настоящий момент происходят серьезные изменения Устава, политики и порядка вступления в UIP. Сейчас, когда нам уже свыше 60 лет, мы стремимся к тому, чтобы стать более современной структурой. Этот медленный и сложный процесс начался в 2019 году после съезда в Кракове, на котором еще раз была отмечена важность как взаимодействия с обществами-членами, так и предоставление возможности направлять в UIP свои идеи по развитию. Недавно мы обновили сайт, чтобы позволить ассоциациям легко общаться и продвигать свои мероприятия. В начале 2022 года мы продолжим модернизацию нашего Интернет-ресурса.

Закономерным стало и то, что наши Всемирные конгрессы теперь проводятся каждые два года. Все мы с нетерпением ожидаем предстоящую встречу в Стамбуле в 2022 году, за которой последует съезд в 2023 году в Майами. Я приглашаю вас участвовать в мероприятиях UIP, общаться с профессионалами со всего мира и обсуждать актуальные вопросы флебологии на самом высоком уровне.

Под председательством профессора Alun Davies активно работает Научный комитет UIP, тем самым расширяется образовательная площадка. Скоро будут опубликованы одно-

страничные рекомендации по всем аспектам флебологии. Мы надеемся внедрить новый порядок для вручения исследовательских грантов, начиная со Всемирного конгресса в Стамбуле. Комитет по образованию в ближайшее время представит обновленную версию учебной программы, которая была опубликована в 2010 году и требовала пересмотра, чтобы включить все изменения, произошедшие за последнее десятилетие. Это очень важный документ, поскольку в нем в принципе обозначается область флебологии и базовый уровень знаний, который необходим врачу для диагностики и лечения венозных заболеваний. Данная программа поможет обществам и профильным медицинским учреждениям совершенствоваться и обновлять учебные пособия и курсы.

– Кроме подведения итогов, принято наметить дальнейшие планы. Уже определены приоритетные направления работы в следующем году?

– Одним из главных направлений деятельности UIP всегда были Всемирные конгрессы и собрания, которые проводятся каждые два года, но UIP ставит задачу по взаимодействию со своими членами на протяжении всего времени, а не только в рамках своих встреч. Мы планируем проводить больше образовательных и научных мероприятий, а также помогать обществам-членам продвигать их конференции. Рабочая группа по взаимодействию, возглавляемая профессором Sergio Gianesini, рассматривает новые способы коммуникации. Мы приветствуем идеи всех членов UIP и потенциальных кандидатов в отношении того, как можно сделать работу Международного союза лучше. Такая открытость позволяет нам развиваться и шаг за шагом расширять границы флебологии.

Новости СРО Ассоциации «Национальная коллегия флебологов»

OFFICIAL DOCUMENT 

<https://doi.org/10.21518/1995-1477-2021-18-02>



Официальный документ

Резолюция профессионального сообщества флебологов в отношении объема обследования пациентов перед миниинвазивными вмешательствами при варикозном расширении вен нижних конечностей

А.А. Фокин, В.Ю. Богачёв, К.В. Лобастов, М.Ю. Гиляров, Д.А. Борсук, П.Г. Габай, Е.П. Бурлева, С.М. Беленцов,
Р.А. Бредихин, В.В. Сорока, А.Ю. Крылов, В.Е. Баринев, Д.А. Росуховский, О.П. Манджикян и Е.В. Шайдаков
secretariat@phlebology-sro.ru

По результатам работы круглого стола
от 28.09.2021 г.

УТВЕРЖДЕНО
Решением Совета
Саморегулируемой организации Ассоциации
«Национальная коллегия флебологов»
08.11.2021 г.

Опубликована резолюция профессионального сообщества в отношении объема обследования пациентов перед миниинвазивными вмешательствами при варикозном расширении вен нижних конечностей

28 сентября 2021 года под эгидой Национальной коллегии флебологов (НКОФ) состоялся круглый стол на тему объема обследования пациентов перед миниинвазивными процедурами во флебологии с участием в том числе медицинских юристов и анестезиологов. По результатам предварительных общественных обсуждений технического задания и проведенного мероприятия, а также последующих повторных слушаний, подготовлена и утверждена на заседании Совета НКОФ резолюция профессионального сообщества, опубликованная в ВАК-рецензируемом журнале «Амбулаторная хирургия». Примечателен состав соавторов, в который вошли 10 докторов медицинских наук (8 профессоров), 3 кандидата медицинских наук и 1 кандидат юридических наук.

Первая часть документа содержит нормативно-правовое регулирование назначения диагностических тестов перед процедурами в амбулаторной флебологии. Во второй части приведено мнение профессионального сообщества в отношении целесообразности/нецелесообразности ряда предпроцедурных исследований.

Отметим, что впервые в российской авторитетной печати указана не только нецелесообразность ряда диагностических тестов, назначаемых многими флебологами по принципу «на всякий случай», но также приведены два крайне важных тезиса, способных поддержать врача при развитии некоторых осложнений:

- минимально и максимально допустимые значения анализов могут существенно отличаться от референсных значений лаборатории;

- несмотря на то, что ряд пациентов при вмешательствах на поверхностных венах нижних конечностей требует назначения профилактической антикоагуляции, а также несмотря на наличие риска развития ВТЭО у всех больных, когда может потребоваться назначение антикоагулянтов или тромболиза, а также потенциальную возможность развития флебита или болевого синдрома, купирующихся назначением НПВС, рутинная предпроцедурная ФГДС нецелесообразна, не рекомендована ни в одном из отечественных и международных согласительных документов, и необходима только у пациентов с язвенной болезнью желудка или двенадцатиперстной кишки в стадии обострения.

Ознакомиться с резолюцией можно [здесь](#).

Форма приказа по ЛПУ доступна [здесь](#).

Организация круглого стола осуществлена при поддержке компании TONUS ELAST.

Утвержден Международный комитет Национальной коллегии флебологов

Учитывая важность всестороннего расширения международных связей, укрепления взаимопонимания и налаживания разносторонних отношений с ассоциациями флебологов, клиниками и университетами различных стран мира, Советом Национальной коллегии флебологов было принято решение о создании Международного комитета НКФ (Протокол Заседания Совета №21 от 14.08.2021), в состав которого вошли 11 ведущих зарубежных экспертов: **Fedor Lurie** (США), **Pier Luigi Antignani** (Италия), **Oscar Bottini** (Аргентина), **Sriram Narayanan** (Сингапур), **Erika Mendoza** (Германия), **Joseph Caprini** (США), **Oscar Maleti** (Италия), **Ravul Jindal** (Индия), **Carlos Simkin** (Аргентина), **Tomasz Urbanek** (Польша), **Victor Canata** (Парагвай).

Основными задачами Международного комитета НКФ являются помощь во внедрении в российскую практику самых высоких стандартов диагностики и лечения заболеваний венозной системы; поддержка при разработке

НАЦИОНАЛЬНАЯ КОЛЛЕГИЯ ФЛЕБОЛОГОВ МЕЖДУНАРОДНЫЙ КОМИТЕТ



США
Prof. Fedor Lurie



Италия
Prof. Pier Luigi Antignani



Аргентина
Prof. Oscar Bottini



Сингапур
Prof. Sriram Narayanan



Германия
Prof. Erika Mendoza



США
Prof. Joseph Caprini



Италия
Prof. Oscar Maleti



Индия
Prof. Ravul Jindal



Аргентина
Prof. Carlos Simkin



Польша
Prof. Tomasz Urbanek



Парагвай
Prof. Victor Canata

правовых норм; содействие в создании, участие и направление на рассмотрение Международного профессионального сообщества разрабатываемых НКФ согласительных документов; популяризация и внедрение передовых медицинских технологий; международное сотрудничество в области доказательной медицины; и многие другие. Подробнее по [ссылке](#).

Выбранный научный курс с активным участием ведущих зарубежных специалистов позволит внести достойный вклад в общее дело – развитие флебологии в нашей стране и во всем мире. В настоящий момент совместно с Международным комитетом намечены два проекта, о результатах которых мы обязательно будем информировать вас в нашей печати.

XIV Санкт-Петербургский венозный форум (Рождественские встречи)

8–10 декабря 2021 г. в Северной столице состоится одно из самых знаковых мероприятий во флебологии – XIV Санкт-Петербургский Венозный Форум, который по праву заслужил статус международного.

В [программу](#), наряду с другими секциями, включены заседания Международного союза ангиологов (IUA), Международного университета вен и лимфы (VLU), Международного венозного фонда v-WIN Foundation с участием таких авторитетных специалистов, как **Lowell S. Kabnick** (США), **Bo Eklöf** (Швеция), **Kürşat Bozkurt** (Турция), **Pier Luigi Antignani** (Италия), **Sergio Giancesini** (Италия), **Armando Mansilha** (Португалия), **Malay Patel** (Индия) и других признанных во всем мире экспертов.

Дискуссии профессионалов помогут найти ответы на принципиально важные вопросы анатомии, гемодинамики, диагностики и лечения заболеваний вен, а также расширят представления о современной флебологии и ее колоссальных возможностях. Традиционно прозвучит ежегодный отчет о работе Национальной коллегии флебологов, будут обозначены дальнейшие планы и приоритеты развития. Завершением Форума станет вручение золотой медали «За выдающийся вклад в развитие флебологии».

Дорогие коллеги, мы с нетерпением ждем ставших для всех нас традицией Рождественских встреч!



8-10 декабря 2021

**Отель Холидей Инн
Московские ворота**

SPSP
САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКАЯ
АССОЦИАЦИЯ ФЛЕБОЛОГОВ

**14-й Санкт-Петербургский
Венозный Форум
(Рождественские встречи)**

X Международная межуниверситетская встреча по флебологии, лимфологии и эстетике фонда v-WIN

*10th v-WINter International Inter-university meeting
in Phlebology, Lymphology & Aesthetics*

3–5 февраля 2022 года всемирно известные врачи и ученые со всех континентов объединятся на одной площадке в современном Дубае для проведения X Международной межуниверситетской встречи по флебологии, лимфологии и эстетике (подробнее по [ссылке](#)). Мероприятие состоится во время Недели здоровья Всемирной выставки –

the week of Health of the World EXPO, которая, предположительно, соберет свыше 25 миллионов человек.

В программе будут представлены передовые технологии и инновационные разработки в области диагностики и лечения заболеваний венозной и лимфатической систем. В профессорско-преподавательский состав включены ведущие мировые эксперты, в том числе доктора из России, члены НКФ.



Полезные ресурсы во флебологии

Доступно для всех практикующих флебологов

[Российские клинические рекомендации по диагностике и лечению С1 клинического класса хронических заболеваний вен \(ретикулярный варикоз и телеангиэктазии\) 2020 года](#)

[Нормативно-правовая база в сфере флебологии](#)

[Генератор CEAP 2020 года](#)

[Ранее оказанные юридические консультации в сфере флебологии](#)

[Стандарты и правила Саморегулируемой организации Ассоциации «Национальная коллегия флебологов»](#)

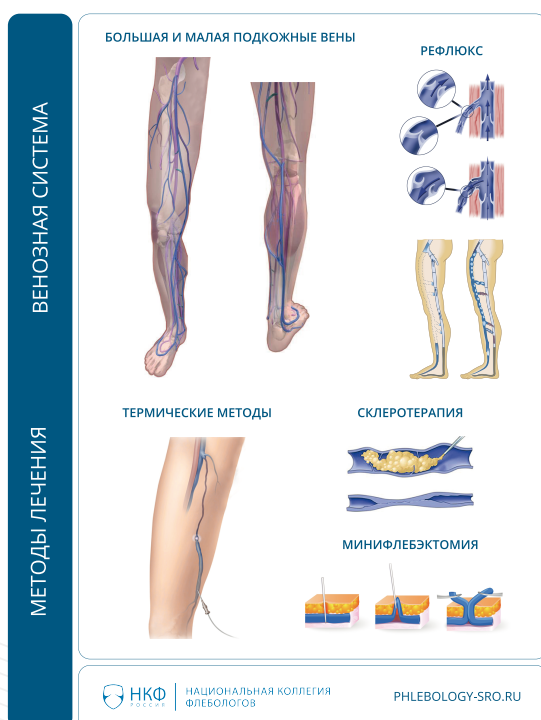
[Резолюция профессионального сообщества в отношении объема обследования пациентов перед миниинвазивными вмешательствами при варикозном расширении вен нижних конечностей](#)

[Форма приказа главного врача в отношении предоперационного обследования](#)

[Обучающий проект НКФ \(видеолекции\)](#)

Доступно в [личном кабинете](#) для членов СРО Ассоциации «Национальная коллегия флебологов»

- Разработанные совместно с юридическим партнером НКФ информированные добровольные согласия (ИДС) на ЭВЛО, РЧО, минифлебэктомию, склеротерапию, клеевую облитерацию
- Разработанные совместно с юридическим партнером НКФ информированные добровольные согласия (ИДС) на ЭВЛО, РЧО, минифлебэктомию, склеротерапию, клеевую облитерацию
- Подборка наиболее актуальных Международных клинических рекомендаций (50 документов)
- Красочный плакат для кабинета флеболога, в том числе с вариантом, где можно подставить свой собственный логотип



Группа Национальной коллегии флебологов в Facebook

Совет коллегии

Председатель Совета

Шайдаков Евгений Владимирович

Заместитель Председателя Совета

Фокин Алексей Анатольевич

Члены совета

Беленцов Сергей Михайлович

Богачев Вадим Юрьевич

Бурлева Елена Павловна

Бредихин Роман Александрович

Гужков Олег Николаевич

Лобастов Кирилл Викторович

Росуховский Дмитрий Александрович

Независимые члены Совета

Баринов Виктор Евгеньевич

Крылов Алексей Юрьевич

Сорока Владимир Васильевич

Дисциплинарный комитет

Председатель

Сонькин Игорь Николаевич

Заместители Председателя Совета

Ларин Сергей Иванович

Манджикян Овсеп Петросович

Контрольная комиссия

Председатели

Борсук Денис Александрович

Маркин Сергей Михайлович

Ревизионная комиссия

Панов Игорь Олегович

Сазанов Алексей Владимирович

Директор

Захарова Екатерина Андреевна

Международный комитет

Fedor Lurie (США)

Pier Luigi Antignani (Италия)

Oscar Bottini (Аргентина)

Sriram Narayanan (Сингапур)

Erika Mendoza (Германия)

Joseph Caprini (США)

Oscar Maletti (Италия)

Ravul Jindal (Индия)

Carlos Simkin (Аргентина)

Tomasz Urbanek (Польша)

Victor Canata (Парагвай)

Информация от партнеров НКФ

TONUS ELAST (Латвия) входит в состав АО "OlainFarm" и является ведущим производителем изделий медицинского назначения в странах Балтии.

Уже более 25 лет компания **TONUS ELAST** является надежным европейским производителем высококачественных медицинских изделий для миллионов людей во всем мире.

Продукция компании экспортируется в 45 стран.



- Все изделия производятся в Латвии (г. Лиепая) с использованием качественных, современных материалов и инновационных технологий. Вся продукция сертифицирована и соответствует европейским стандартам качества.
- Сбалансированный ассортимент включает различные категории изделий для лечения и профилактики заболеваний вен, суставов, позвоночника, а также изделия для женщин в период беременности и после родов.
- Медицинские изделия **TONUS ELAST** помогают восстановить энергию и силы, поддерживают здоровье, красоту и отличную физическую форму.
- Компания **TONUS ELAST** ориентирована на ожидания и потребности людей, открывает новые возможности к доступным по цене высококачественным медицинским продуктам.
- **TONUS ELAST** – доступные каждому пациенту медицинские изделия, которые соответствуют мировым требованиям качества, эффективности и безопасности.



**TONUS
ELAST**

КОМПРЕССИОННЫЙ ТРИКОТАЖ
Легкость и красота ваших ножек!



ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. ПРОКОНСУЛЬТИРУЙТЕСЬ СО СПЕЦИАЛИСТОМ

ФЛЕБОЛОГИЯ СЕГОДНЯ

Бюллетень Национальной коллегии флебологов

Выпуск №1 Декабрь 2021

*Разработанная концепция издания
с оригинальными разделами не может быть заимствована.*

Издательство «Перо»
109052, Москва, Нижегородская ул., д. 29-33, стр. 27, ком. 105
Тел.: (495) 973-72-28, 665-34-36
Подписано к использованию 09.11.2021.
Формат 84x108 1/8.
Усл. печ. л. 16,5. Объем 90 Мбайт.
Электрон. текстовые данные. Заказ 998.
© СРО Ассоциация «Национальная коллегия флебологов», 2021

