

ФЛЕБОЛОГИЯ СЕГОДНЯ

Бюллетень Национальной коллегии флебологов

PHLEBOLOGY TODAY. Digest of the National College of Phlebology

СОДЕРЖАНИЕ

ОБРАЩЕНИЕ К ЧИТАТЕЛЯМ	2
ПАМЯТИ КОЛЛЕГИ Анатолий Владимирович Покровский (21.11.1930–02.06.2022)	3
КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ И КОНСЕНСУСЫ Обзор Европейских клинических рекомендаций по диагностике и лечению хронических заболеваний вен нижних конечностей 2022 года	8
ИНОСТРАННАЯ ПУБЛИКАЦИЯ Беременность после стентирования подвздошных вен по поводу тазовой венозной недостаточности. По материалам P.J. Pappas et al. Комментарий вице-президента UIP Ravul Jindal	16
РОССИЙСКАЯ СТАТЬЯ ЗА РУБЕЖОМ Влияние нейтрофилов на тромбоз легочной артерии <i>in situ</i> (О.Я. Порембская и соавт.) Комментарий к. м. н., доцента К.В. Лобастова	19
НАЧИНАЮЩЕМУ ФЛЕБОЛОГУ Грыжи голени. По материалам А.-А. Рамеле и соавт.	22
ИНТЕРВЬЮ У микрофона Председатель Санкт-Петербургского венозного форума, профессор Е.В. Шайдаков	23
Новости СРО Ассоциации «Национальная коллегия флебологов»	26
ПОЛЕЗНЫЕ РЕСУРСЫ ВО ФЛЕБОЛОГИИ	29

ОБРАЩЕНИЕ К ЧИТАТЕЛЯМ

Председатель Совета Саморегулируемой организации Ассоциации «Национальная коллегия флебологов» (НКФ), д. м. н., профессор Богачев Вадим Юрьевич

Уважаемые коллеги!

Одна из наиболее важных задач любой профессиональной медицинской ассоциации – информирование своих участников об актуальных научных данных, событиях, новостях и возможностях, связанных с их специальностью. С этой целью на заседании Совета НКФ единогласным решением был учрежден журнал «ФЛЕБОЛОГИЯ СЕГОДНЯ. Бюллетень Национальной коллегии флебологов». Отличительными особенностями издания являются краткая и доступная форма преподнесения информации, ее практическая применимость, а также разносторонний подбор рубрик, изучение которых, несомненно, пойдет на пользу каждому флебологу нашей страны. Надеемся, что подобная подача материала придется вам по душе. Мы всегда открыты к диалогу и конструктивной критике!



**Искренне ваш,
профессор В.Ю. Богачев**




**Главный редактор журнала «ФЛЕБОЛОГИЯ СЕГОДНЯ. Бюллетень Национальной коллегии флебологов»,
к. м. н. Борсук Денис Александрович**

Дорогие друзья!

Текущее положение дел диктует свои условия. Результаты наиболее перспективных исследований закономерно и по понятным причинам публикуются в зарубежных высокорейтинговых изданиях, в то время как в отечественную периодическую печать поступают работы более низкого качества или неприкрытого коммерческого содержания. Такая ситуация требует взвешенного и оправданного решения. Формат журнала «ФЛЕБОЛОГИЯ СЕГОДНЯ. Бюллетень Национальной коллегии флебологов» позволяет находить наиболее актуальную информацию со всего мира и делиться ей с нашими коллегами на местах в доступном и понятном виде.

Я бы также хотел поблагодарить членов Совета НКФ за оказанное доверие при выборе меня в качестве главного редактора и сообщить, что приложу все усилия для развития издания. Ну а сейчас представляем вашему вниманию наш очередной выпуск. Приятного прочтения!

**С уважением,
Д.А. Борсук**



ПАМЯТИ КОЛЛЕГИ

АНАТОЛИЙ ВЛАДИМИРОВИЧ ПОКРОВСКИЙ

(21.11.1930–02.06.2022)

После продолжительной болезни 2 июня 2022 г. ушел из жизни учитель нескольких поколений хирургов, основатель и почетный президент Российского общества ангиологов и сосудистых хирургов (РОАиСХ), ученый с мировым именем, главный редактор журнала «Ангиология и сосудистая хирургия», академик РАН, профессор **Анатолий Владимирович Покровский**.

Именно Анатолий Владимирович стоял у истоков создания сосудистой хирургии, становление и развитие которой в СССР было сопряжено с колоссальными техническими трудностями и отрицанием рядом авторитетных коллег этой специальности как таковой. Аналогичные препятствия были и при создании РОАиСХ, которое уже на протяжении 37 лет объединяет все наше сообщество.

Справедливы слова вице-президента РОАиСХ, профессора **А.А. Фокина**: «Если бы не Анатолий Владимирович Покровский, в России не было бы сосудистой хирургии. Это не преувеличение. Все начиналось в институтах Бакулева и Вишневского и, конечно, с Анатолия Владимировича, который вникал в каждую деталь развития этой службы».

Профессиональный путь Анатолия Владимировича был предопределен. Его отец, Владимир Александрович Покровский, заведовал кафедрой акушерства и гинекологии. «Пожалуй, моим негласным наставником стал мой папа, – рассказывал **А.В. Покровский**. – Наверное, сегодня это звучит странно, но он по собственной воле в 1937 году уехал из Москвы на Дальний Восток, в Хабаровск, и открыл там кафедру акушерства и гинекологии. Потом ему предлагали перебраться в Ленинград, но отец отказался. Он переехал в Воронеж и там тоже создал кафедру акушерства и гинекологии,

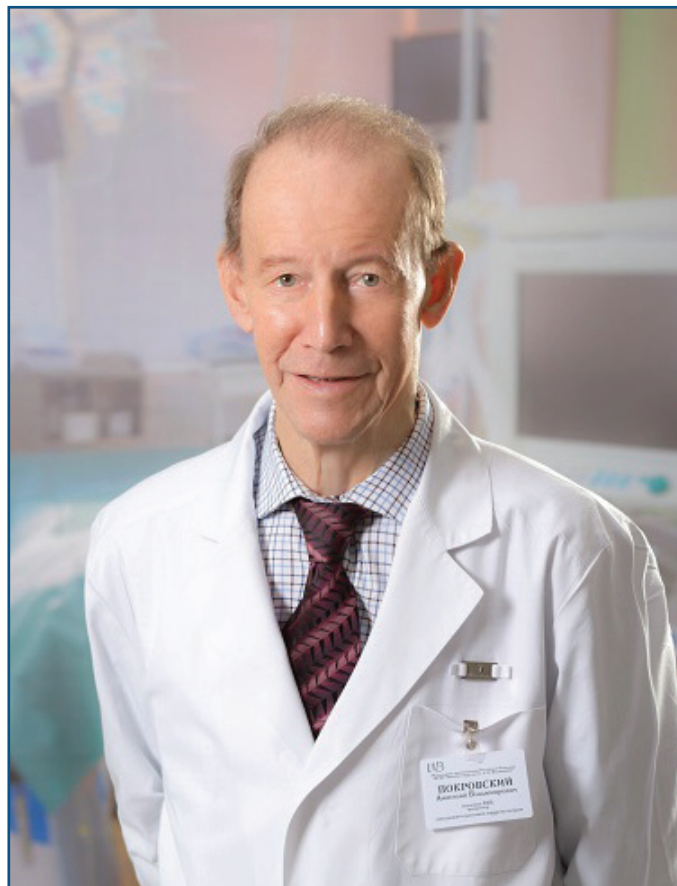
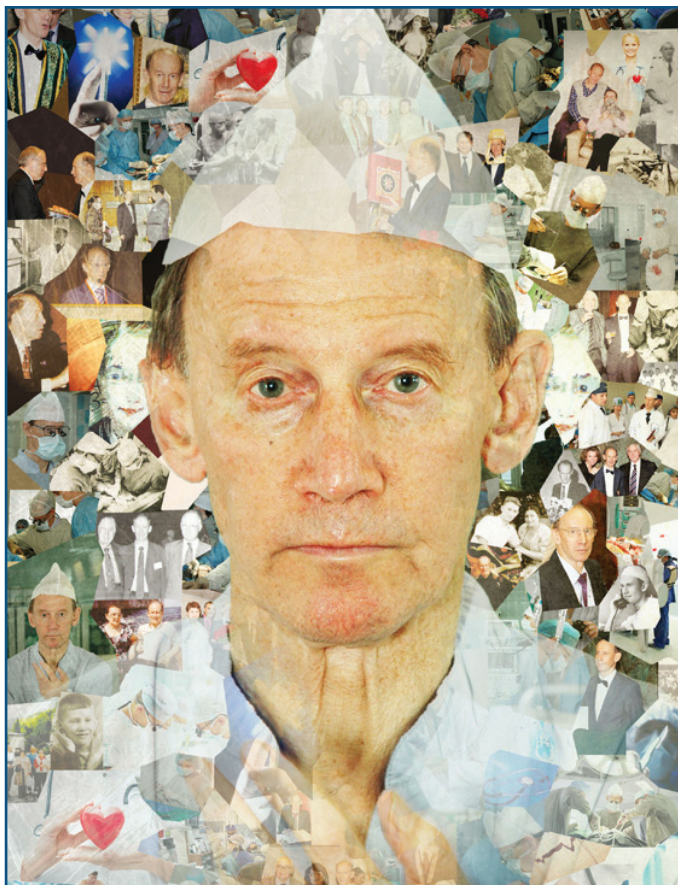


Фото А.В. Покровского в НМИЦ хирургии им. А.В. Вишневского

а потом и Общество акушеров-гинекологов. Отец считался одним из ведущих специалистов в своей области в нашей стране и принадлежал к поколению людей, прошедших войну и набравшихся опыта в уходе за ранеными».

В 1948 г. будущий академик поступил в Воронежский медицинский институт, затем переехал в Москву и окончил 2-й Московский медицинский институт им. Н.И. Пирогова. Анатолия Владимировича всегда привлекала хирургия, поэтому варианта идти в другую специальность для него просто не существовало. Именно на кафедре топографической анатомии начались первые серьезные шаги в данном направлении.



Коллаж из фото А.В. Покровского разных лет

После успешной защиты кандидатской диссертации на тему «К вопросу о внутригрудной анестезии при операциях на сердце» (1958 г.) Анатолий Владимирович перешел работать в Институт грудной хирургии АМН СССР, где начал оперировать пациентов с пороками сердца. В 1961 г. состоялось преобразование учреждения в Институт сердечно-сосудистой хирургии, в котором было создано первое в стране отделение сосудистой хирургии во главе с профессором Ю.Е. Березовым. Однако интерес руководителя отделения больше был направлен на хирургию пищевода, поэтому своим сотрудникам он давал определенную свободу при сосудистых операциях.

В 1964 г. А.В. Покровский в возрасте 34 лет был назначен руководителем отделения хирургии сосудов Института сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н. Бакулева, которое возглавлял в течение почти 20 лет. Продолжались активная научная деятельность и неустанный поиск нового. В докторской

диссертации на тему «Хирургическое лечение коарктации аорты» был обобщен первый в стране опыт по хирургическому лечению данной патологии. В 1968 г. А.В. Покровский получил звание профессора.

В стенах Института сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н. Бакулева были проведены первые в мире операции по пластике магистральной вены полубиологическим протезом с одновременным созданием артериовенозного свища (1971 г.), одномоментной трансаортальной эндартэктомии из аорты и всех ее висцеральных ветвей (1973 г.). Также А.В. Покровский впервые в СССР выполнил резекции аневризмы восходящей аорты с протезированием (1962 г.), расслаивающейся аневризмы нисходящего отдела аорты с протезированием (1965 г.), постинфарктной аневризмы левого желудочка в сочетании с аортокоронарным шунтированием (1970 г.), аневризмы дуги аорты с протезированием дуги и всех ее ветвей (1972 г.) и ряд других вмешательств, которые только сейчас стали рутинными, а в те годы считались практически неосуществимыми.

Стоит отметить, что вопросам флебологии школа А.В. Покровского всегда уделяла большое внимание (Л.И. Клионер, Э.А. Апсатаров, В.Я. Золотаревский и др.). Цикл работ был посвящен изучению этиологии, патогенеза, клиники и диагностики различных венозных заболеваний (синдром верхней и нижней полых вен, Педжета–Шреттера, посттромбофлебитический синдром, аневризмы яремных вен). Все это нашло грамотное научное отражение в изданных в 1977 г. монографиях «Хирургия хронической непроходимости магистральных вен», «Пластические операции на магистральных венах». Также опубликована глава в международном руководстве *Treatment of Venous Disorders*.

В 1982 г. А.В. Покровский был избран член-корреспондентом Академии медицинских наук СССР. Спустя год Анатолий Владимирович перешел в отделение хирургии сосудов Института хирургии им. А.В. Вишневского (ныне –



Обложка журнала «Америка» после посещения
А.В. Покровским американских хирургов, 1973 г.

вокруг Анатолия Владимировича концентрировались наиболее перспективные и активные молодые хирурги. Профессор учил: «Во время операции важно придерживаться такого принципа: ты не уйдешь из операционной, пока не сделаешь все так, как надо. Есть еще одна маленькая подсказка: если ты видишь, что что-то не так и ты не справляешься, не стесняйся позвать старшего и посоветоваться». Последнюю операцию академик провел в канун своего 85-летия!

Широкий диапазон научной мысли, уверенная хирургическая позиция и открытость позволили А.В. Покровскому сформировать настоящую школу самых преданных и талантливых учеников, которые работают в разных регионах России и СНГ, странах Европы, Азии и Америки. Наверное, многих удивит, что у одного человека такое огромное количество учеников. Ведь речь идет о хирургии – специальности, даже название которой происходит от слов «действовать руками». И научить ими действовать тысячи докторов не только из России

НМИЦ хирургии им. А.В. Вишневского). Именно это место до конца жизни стало его вотчиной, где он провел тысячи сложнейших операций, воспитал не одно поколение докторов. О нем говорили: «Если бы в России было три-четыре таких ученых, наша медицина ушла бы далеко вперед, была бы образцом для мировой науки. Но он, к сожалению, единственный».

Признание заслуг академика в мировом масштабе бесспорно: почетный член Американского общества сосудистых хирургов (SVS), первый и единственный в истории президент Европейского общества сосудистых хирургов (ESVS), избранный из России. Также А.В. Покровский является автором главы в американском руководстве *Vascular Surgery*.

По воспоминаниям коллег, Анатолий Владимирович никогда не скрывал свои секреты хирургической техники, делился знаниями, был открыт к диалогу и конструктивному спору. Попасть к нему в отделение для молодого врача всегда считалось большой удачей, поэтому



А.В. Покровский и М. ДеБейки на конференции в Институте хирургии им. А.В. Вишневского, 1995 г.

и стран ближнего зарубежья, но и по всему миру – задача не из легких! Секрет Анатолия Владимировича в его отношении к профессии. Именно это «заражало» врачей, помогло посмотреть на свою специальность под другим углом, понять, что такое настоящее призвание.

Примечательно, что у самого А.В. Покровского не было учителя в области сосудистой хирургии, поскольку в то время не существовало такой специальности в принципе. Многие аспекты разрабатывались Анатолием Владимировичем путем изучения научной литературы, долгих раздумий и тяжелой работы в операционной. И лишь когда он уже имел достаточно большой личный опыт, Анатолий Владимирович обрел учителя в лице Майкла ДеБейки, с которым в дальнейшем провел совместную операцию президенту Академии наук СССР М.В. Келдышу по поводу синдрома Лериша.

Интересен тот факт, что М.В. Келдыш попросил академиков-математиков определить лучшую клинику страны по результатам

операций на сосудах. Расчеты показали, что это сосудистое отделение Института им. А.Н. Бакулева, которым руководил профессор А.В. Покровский.

*«Когда я начинал сосудистую хирургию, у нас фактически такой специальности не было. Вообще! Более того, появление этой специальности вызывало... какое бы слово помягче подобрать... неприятие у моих коллег и братьев-хирургов, – так рассказывал в одном из интервью **А.В. Покровский**. – Они считали, что сосудистая хирургия ничем не отличается от остальной и ею могут заниматься все хирурги. Поэтому в стране не было центра, где можно было бы поучиться. Вообще же вся мировая сосудистая хирургия начиналась в Америке, у Майкла ДеБейки, к которому все ездили. Немцы, англичане, французы – все стажировались там. У меня такой возможности не было. Я мог только читать журналы, книги, но увидеть реальные операции не мог. Впервые я выехал на Запад в 1973 году, то есть через 14 лет после того, как начал работать в этой области. К тому времени я уже сделал не одну*



Хирургическая бригада отдыхает после операции академика М.В. Келдыша, 1973 г.

сотню операций. И когда я приехал в Америку, то – не хочу хвастаться – для меня ничего нового в глобальном плане не оказалось. Конечно, какие-то детали – так всегда бывает – были новаторскими, но всё остальное прошел на собственном опыте... И подходы, и техника операций, и инструменты – всё рождалось постепенно, и в конце концов выяснилось, что реальное место, где можно поучиться сосудистой хирургии, – это Институт имени А.Н. Бакулева, где я заведовал отделением. Все сосудистые хирурги Советского Союза и всего социалистического лагеря прошли через это отделение. Они стали моими учениками».

Сегодня большинство наших читателей занимаются только одним из множества направлений сосудистой хирургии – флебологией, но продолжают ценить ту энергию, которую передал академик А.В. Покровский, тот огонь, который сподвигает всех нас идти вперед.

До конца жизни Анатолий Владимирович неустанно вникал в дела родного отделения Института им. А.В. Вишневского, активно интересовался научной деятельностью своих учеников, жизнью РОАиСХ и журнала «Ангиология и сосудистая хирургия».

Жизненное кредо академика Покровского: «Как можно дольше оперировать – раз. Как можно дольше преподавать – два. И хорошо жить – получать удовольствие от жизни». Такую позицию разделяем и мы, благодарные ученики, продолжающие его дело на фрон-



Портрет А.В. Покровского

тах ангиологии, сосудистой и эндоваскулярной хирургии, кардиохирургии, флебологии, лимфологии.

Секретариат Национальной коллегии флебологов выражает глубочайшие соболезнования родным и близким Анатолия Владимировича! Вечная память нашему дорогому Учителю!

КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ И КОНСЕНСУСЫ

Обзор Европейских клинических рекомендаций по диагностике и лечению хронических заболеваний вен нижних конечностей 2022 года

В 2022 году Европейским обществом сосудистых хирургов (ESVS) были опубликованы клинические рекомендации по диагностике и лечению хронических заболеваний вен (ХЗВ) нижних конечностей¹, которые пришли на смену предыдущему консенсусу 2015 года. Документ содержит 94 рекомендации, из которых 65 являются новыми. Кроме того, некоторые диагностические и лечебные стратегии представлены в виде наглядных и качественно проиллюстрированных блок-схем.

Редакция журнала «ФЛЕБОЛОГИЯ СЕГОДНЯ. Бюллетень Национальной коллегии флебологов» решила перевести для своих читателей на русский язык отдельные и наиболее интересные, по нашему мнению, рекомендации и блок-схемы (рис. 1–6).

В качестве системы ранжирования убедительности тезис-рекомендаций и уровня достоверности доказательств использовалась система Европейского общества кардиологов.

Рекомендация 2 – IIaC (не изменилась)

У пациентов с ХЗВ для классификации клинической тяжести и оценки эффективности лечения следует использовать пересмотренную шкалу клинической оценки тяжести венозных заболеваний (r-VCSS) и шкалу Villalta при посттромботическом синдроме для клинической оценки и исследований.

Рекомендация 4 – IIaC (новая)

У пациентов с подозрением на надпашовую венозную обструкцию в дополнение к ультразвуковому дуплексному сканированию (УЗДС) вен нижних конечностей в рамках первоначальной оценки следует рассмотреть возможность УЗДС вен брюшной полости и таза.

Рекомендация 5 – IC (не изменилась)

Когда предполагается вмешательство у пациентов с подозрением на надпашовую венозную обструкцию, в дополнение к УЗДС рекомендуется МРТ- или СКТ-флебография.

Рекомендация 6 – IIbB (не изменилась)

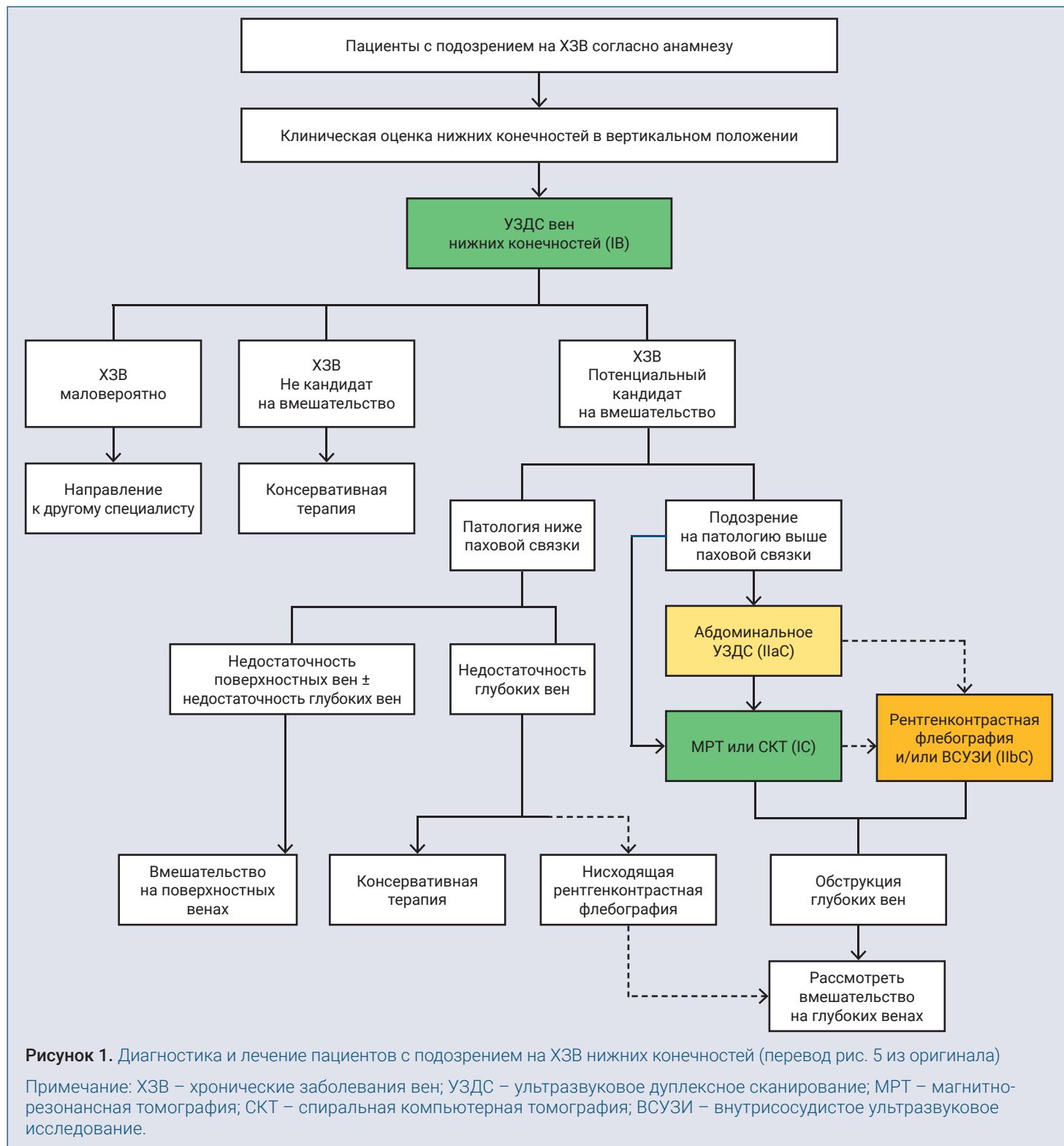
Для отдельных пациентов с подозрением на надпашовую венозную обструкцию, когда МРТ- или СКТ-флебография не предоставляет необходимых данных или недоступна, возможно рассмотреть рентгеноконтрастную флебографию и/или внутрисосудистое ультразвуковое исследование (ВСУЗИ).

Рекомендация 7 – IIbC (не изменилась)

У пациентов с ХЗВ воздушная плетизмография может быть использована для количественной оценки рефлюкса и/или обструкции, в частности, когда результаты УЗДС не сопоставляются с клиническими данными.

Рекомендация 8 – IIaB (новая)

Пациентам с симптоматическими ХЗВ следует рассмотреть возможность физических упражнений для уменьшения венозных симптомов.



Рекомендация 11 – IВ (новая)

Пациентам с ХЗВ и липодерматосклерозом и/или белой атрофией (клинический класс С4b по CEAP) для уменьшения индукции кожи рекомендуется использовать эластические компрессионные гольфы 20–40 мм рт. ст.

Рекомендация 24 – IА (новая)

После хирургических вмешательств на поверхностных венах продолжительность послеоперационной компрессии, используемой для минимизации местных осложнений, следует определять в индивидуальном порядке.

Рекомендация 25 – IC (новая)

Перед хирургическим вмешательством на поверхностных венах рекомендуется оценка риска венозных тромбоэмболических осложнений.

Комментарий редакции

В тексте документа приводятся сведения об отсутствии убедительных данных в отношении доказанной оптимальной стратегии тромбопрофилактики у пациентов, которым планируются амбулаторные эндовенозные вмешательства на поверхностных венах.

Более подробную информацию можно получить из письма в редакцию «О текущей ситуации в отношении рисков и профилактики развития венозных тромбоэмболических осложнений после хирургического лечения варикозной болезни», опубликованного в журнале «Амбулаторная хирургия».

Рекомендация 26 – IIaB (новая)

Перед хирургическим вмешательством на поверхностных венах рекомендуется рассмотреть индивидуальную стратегию тромбопрофилактики.

Рекомендация 29 – IV (новая)

При термооблитерации магистральных поверхностных вен выбор устройства определяется на усмотрение лечащего врача.

Рекомендация 31 – IIbB (новая)

Для облитерации стволов поверхностных вен при их диаметре менее 6 мм возможно применять ЭХО-контролируемую микропенную склеротерапию.

Рекомендация 54 – IIbC (новая)

У пациентов с варикозным расширением вен в области стопы и голеностопного сустава во время или после устранения проксимального рефлюкса возможно применить минифлебэктомию, склеротерапию, а также перевязку перфорантных вен стопы.

Рекомендация 58 – IIaB (не изменилась)

У пациентов с обструкцией подвздошных вен и выраженными симптомами/призна-

ками ХЗВ эндоваскулярные вмешательства следует рассматривать как лечение выбора.

Рекомендация 59 – IIaC (новая)

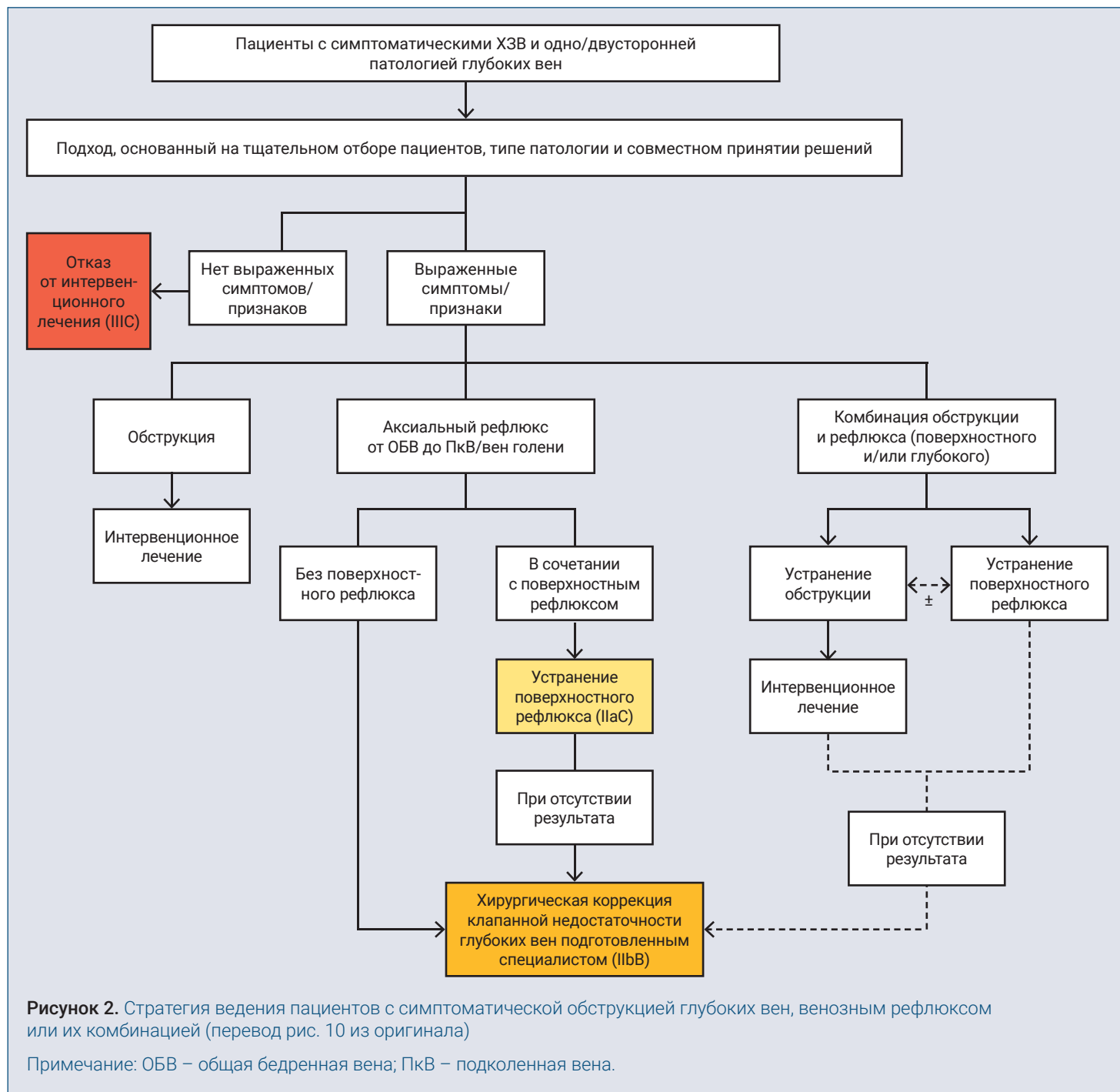
При эндоваскулярном лечении илиофemorальной венозной обструкции следует рассмотреть возможность использования ВСУ-ЗИ для контроля вмешательства.

Рекомендация 60 – IIbC (изменилась)

У пациентов с обструкцией подвздошных вен и незаживающими трофическими язвами, тяжелым посттромботическим синдромом или инвалидизирующей перемежающейся венозной хромотой может рассматриваться хирургическая или гибридная реконструкция глубоких вен, когда только эндоваскулярные методы не применимы.

Рекомендация 61 – IIIC (новая)

У пациентов с обструкцией подвздошных вен и без выраженных симптомов не рекомендуется ни эндоваскулярное, ни хирургическое вмешательство.

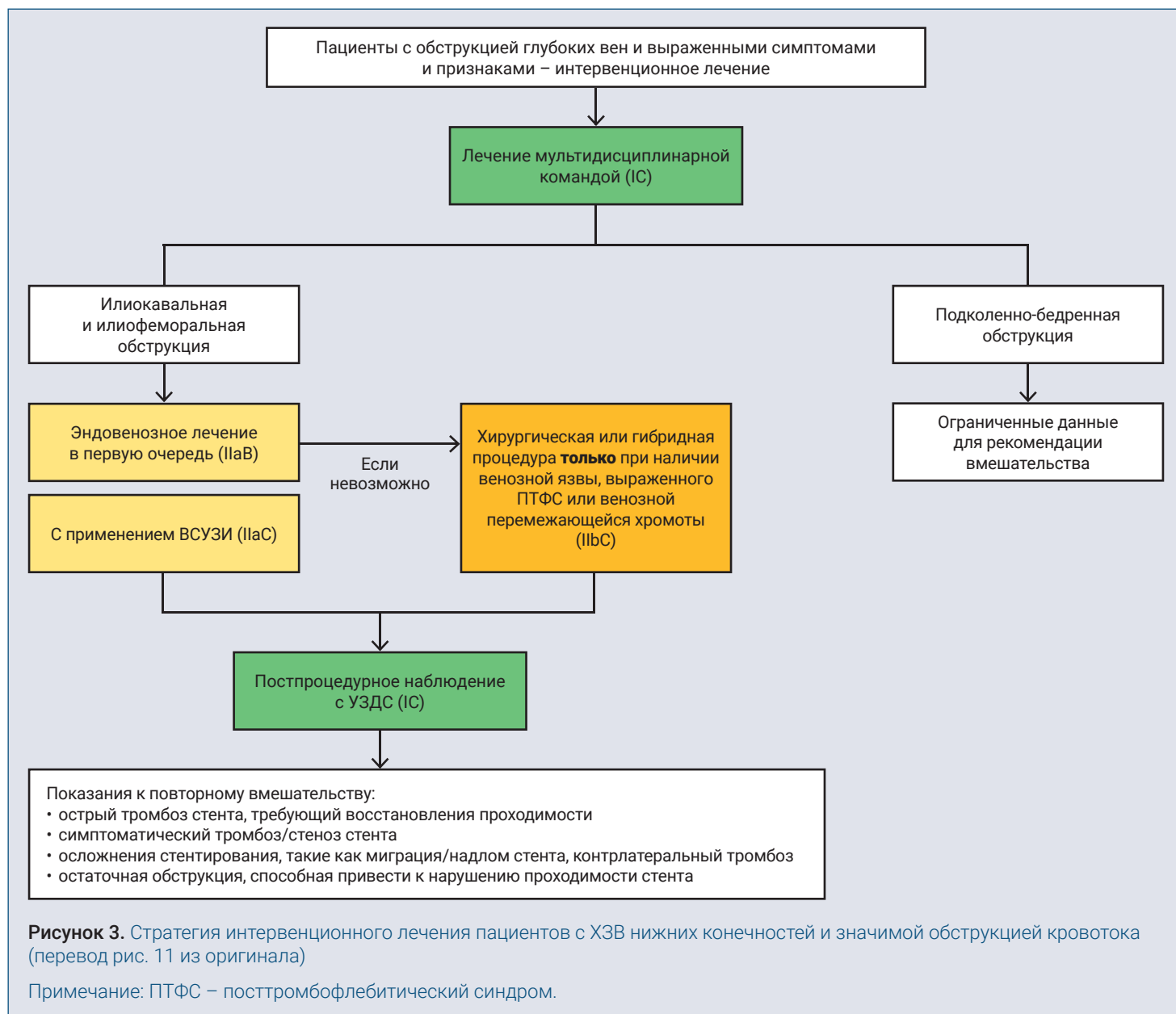


Рекомендация 64 – IIbV (не изменилась)

У пациентов с распространенным рефлюксом по магистральным глубоким венам и тяжелыми персистирующими симптомами и признаками ХЗВ, когда предыдущее лечение было неэффективным, возможно рассмотреть хирургическую коррекцию клапанной недостаточности в специализированных центрах.

Рекомендация 65 – IIaC (новая)

У пациентов с комбинированной недостаточностью поверхностных и глубоких вен возможно устранение несостоятельных поверхностных вен.



Комментарий редакции

В тексте документа отмечается, что наличие сопутствующей глубокой и поверхностной венозной недостаточности зачастую воспринимается врачами как относительное противопоказание к устранению поверхностных вен, неверно представляя, что их удаление еще больше ухудшит отток и усугубит симптомы ХЗВ.

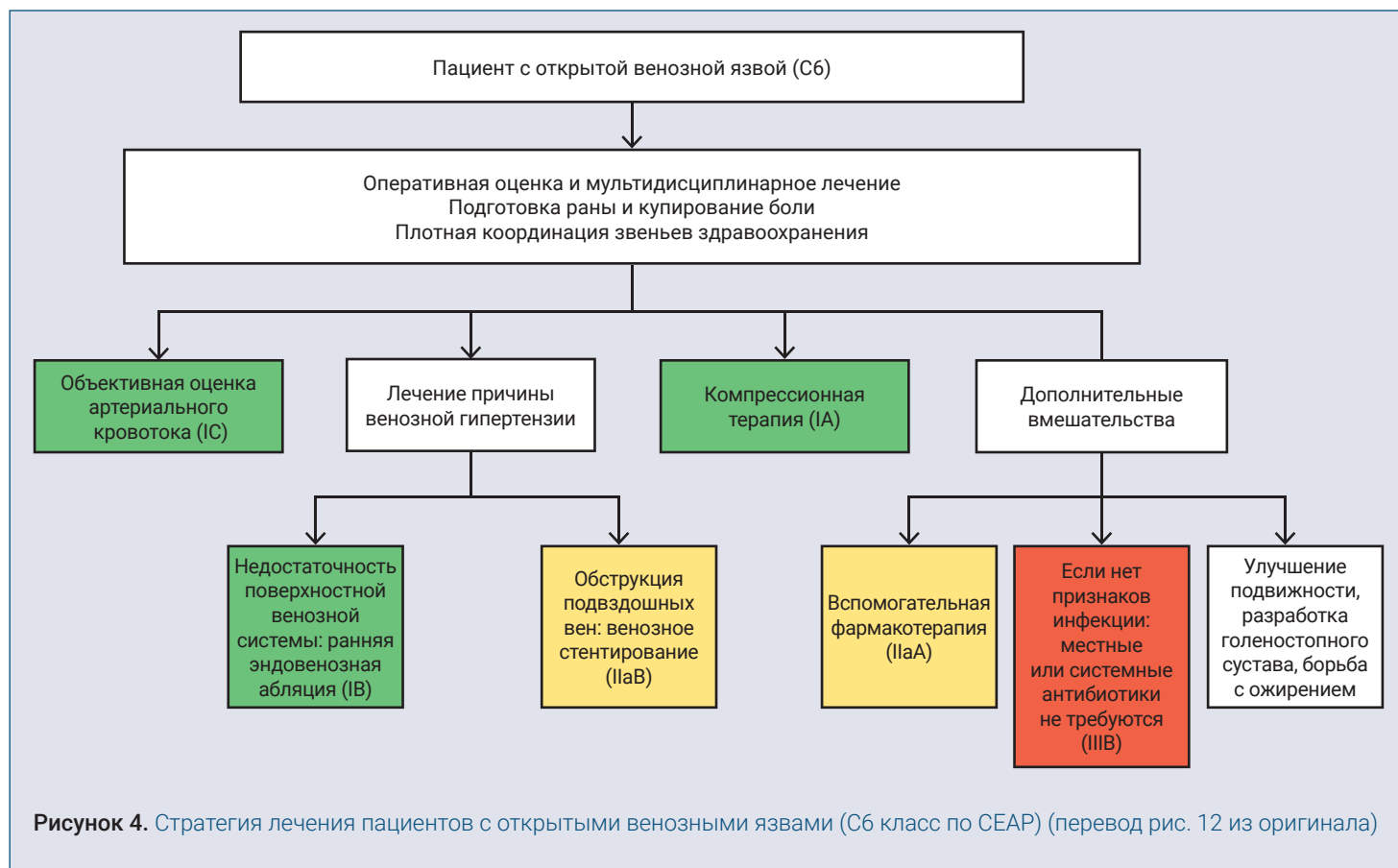
Авторами подчеркивается принципиальная необходимость различать рефлюкс и обструкцию в глубоких венах. При этом наличие только рефлюкса в обеих системах существенно не ограничивает устранение поверхностных сосудов.

Рекомендация 66 – IIaC (новая)

У пациентов с аневризмой подколенной вены с тромбоэмболическими осложнениями или с мешотчатой, веретенообразной формой, превышающей 20 мм, или содержащей тромб, возможно рассмотреть хирургическое лечение.

Рекомендация 72 – IIIc (новая)

У пациентов с открытыми венозными язвами голени с давлением на лодыжке <60 мм рт. ст., давлением на пальцах ног <30 мм рт. ст. или лодыжечно-плечевым индексом <0,6 продолжительная компрессионная терапия не рекомендуется.



Рекомендация 74 – IIbC (новая)

У пациентов со смешанной язвой, вызванной сопутствующей артериальной и венозной патологией, возможно рассмотреть модифицированную компрессионную терапию под тщательным клиническим наблюдением с компрессионным давлением <40 мм рт. ст. при условии, что артериальное давление на лодыжке >60 мм рт. ст.

Рекомендация 76 – IB (новая)

У пациентов с открытыми венозными язвами нижних конечностей и недостаточностью поверхностных вен рекомендуется ранняя эндовенозная абляция для ускорения заживления язвы.

Рекомендация 78 – IIaC (новая)

У пациентов с открытыми венозными язвами нижних конечностей ЭХО-контролируемая

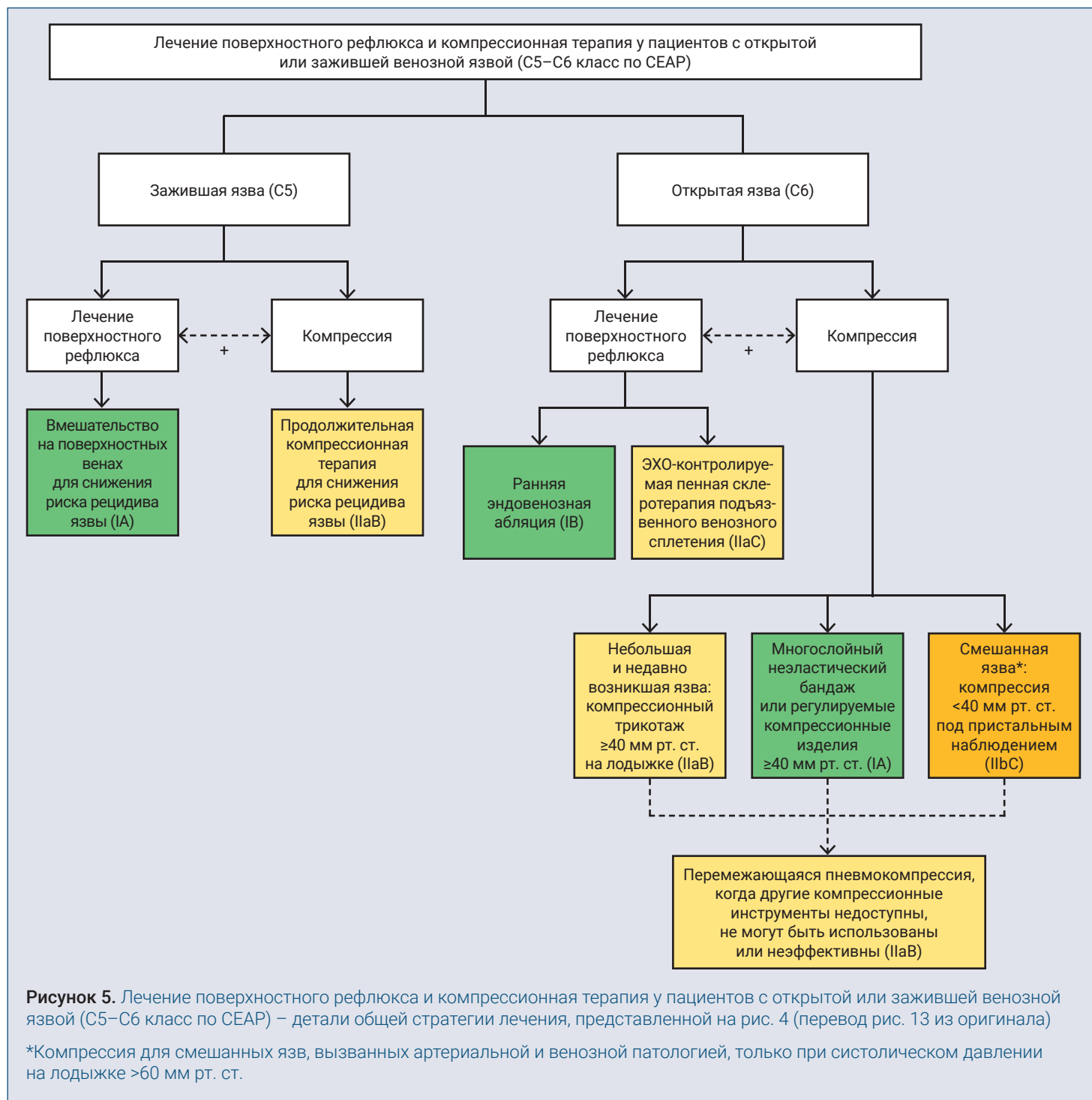
пенная склеротерапия подъязвенного венозного сплетения должна быть рассмотрена как часть стратегии лечения.

Рекомендация 79 – IA (новая)

У пациентов с несостоятельностью поверхностных вен и открытыми или зажившими венозными язвами нижних конечностей рекомендуется устранение несостоятельных поверхностных вен даже при наличии глубокой венозной недостаточности.

Рекомендация 85 – IIaB (новая)

У женщин с подозрением на заболевания вен таза следует рассмотреть возможность проведения абдоминального и/или трансвагинального УЗДС для подтверждения наличия венозной патологии.

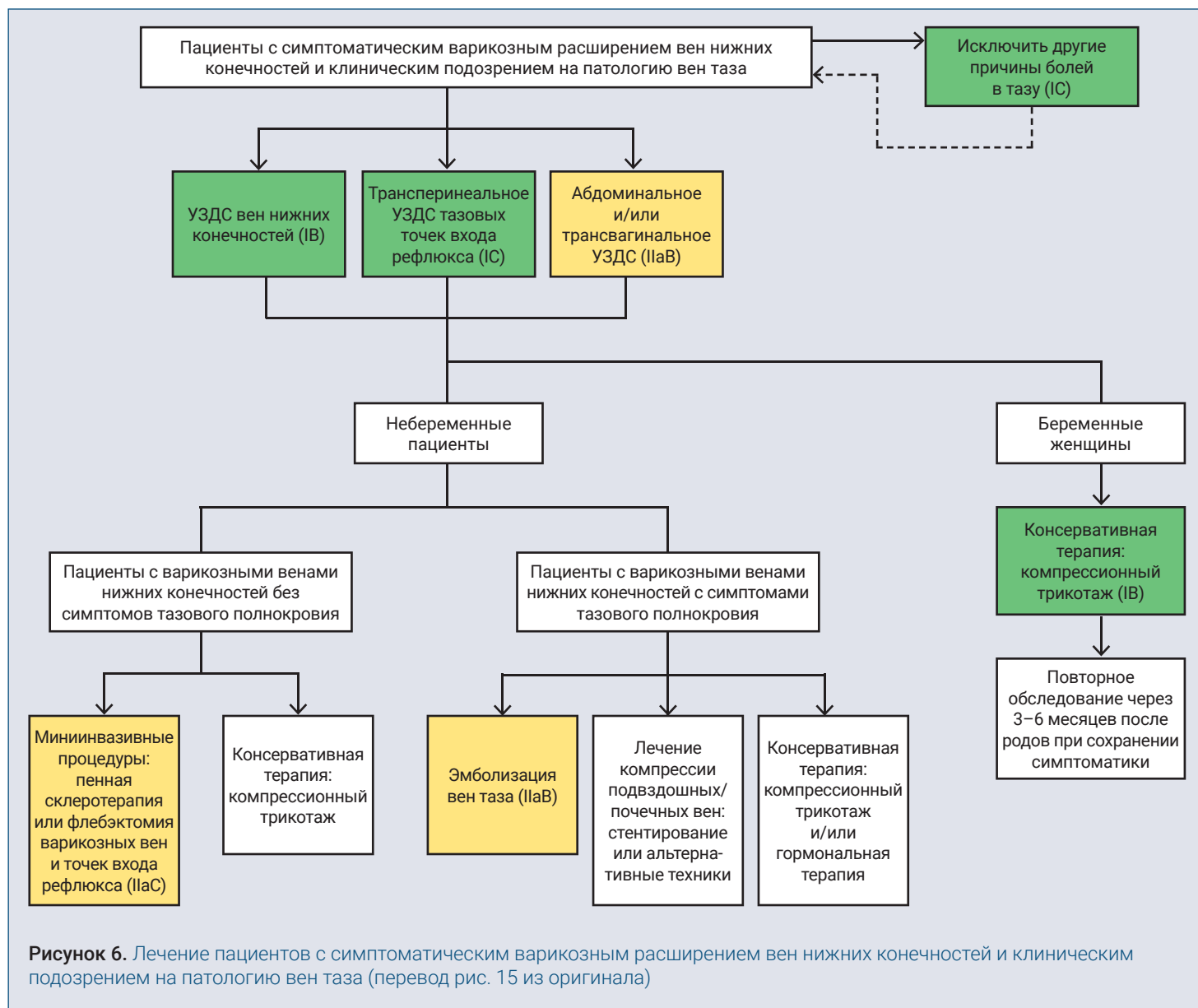


Рекомендация 86 – IIaC (новая)

У пациентов с варикозным расширением вен нижних конечностей, берущих начало от расширенных вен таза, при отсутствии симптомов тазового венозного полнокровия в качестве начального терапевтического подхода следует рассмотреть устранение расширенных вен нижних конечностей и связанных с ними тазовых точек входа рефлюкса.

Рекомендация 87 – IIIC (новая)

У пациентов с варикозным расширением вен малого таза без симптомов тазового венозного полнокровия в качестве начального лечения не следует выполнять эмболизацию тазовых вен.



Рекомендация 88 – IIaВ (новая)

У пациентов с варикозным расширением вен малого таза, с наличием симптомов тазового венозного полнокровия, требующих лечения, следует рассмотреть возможность эмболизации тазовых вен для уменьшения симптоматики.

Рекомендация 90 – IIaС (новая)

У пациентов с ХЗВ, перенесших эпизод острого кровотечения из поверхностных вен или телеангиэктазий, следует рассмотреть возможность локальной пенной склеротерапии для предотвращения рецидива кровотечения.

Рекомендация 94 – IIIC (новая)

У пациентов с ХЗВ, принимающих антикоагулянты, которым планируется эндовенозная термооблитерация, прерывание антикоагулянтной терапии не рекомендуется.

Литература/References

¹De Maeseneer MG, Kakkos SK, Aherne T, Baekgaard N, Black S, Blomgren L, et al. Editor's Choice – European Society for Vascular Surgery (ESVS) 2022 Clinical Practice Guidelines on the Management of Chronic Venous Disease of the Lower Limbs. Eur J Vasc Endovasc Surg. 2022; 63(2): 184-267. doi: 10.1016/j.ejvs. 2021.12.024.

ИНОСТРАННАЯ ПУБЛИКАЦИЯ

Беременность после стентирования подвздошных вен по поводу тазовой венозной недостаточности

По материалам *P.J. Pappas et al.*¹

Введение

Частота стентирования подвздошных вен с целью лечения тазовой боли, вторичной по отношению к недостаточности вен таза, значительно возросла. В то же время сегодня недостаточно данных в отношении влияния последующей беременности на функцию и проходимость венозных стентов.

Цель – определить проходимость стентов и частоту повторных вмешательств у женщин, забеременевших после перенесенного стентирования.

Методы

Выполнен ретроспективный анализ медицинской документации и опрос по электронной почте для определения женщин, перенесших стентирование подвздошных вен с последующей беременностью. Оценивались сопутствующая патология, тип и количество стентов, их расположение, длина, частота повторных вмешательств, количество беременностей после стентирования, использование антикоагулянтов во время беременности и тип родоразрешения. Всем пациенткам после родов проводилось ультразвуковое дуплексное сканирование вен для оценки проходимости стента.

Результаты

С января 2014 по декабрь 2020 г. было имплантировано 2 682 стента у 2 227 пациентов (2 046 стентов у 1 698 женщин).

Из них определено 15 женщин с 16 стентами в подвздошных венах по поводу тазовой венозной недостаточности, у которых впоследствии было 17 беременностей. В 14 из 15 случаев поражения носили не тромботический характер. У одной пациентки отмечались признаки посттромботических изменений вен во время имплантации стента.

Средний возраст при стентировании составил $35,3 \pm 4,13$ лет. Средний интервал между стентированием и зачатием – 350 ± 287 дней. До беременности стент имплантирован в подвздошные вены справа у одной пациентки, и у 14 – в подвздошные вены слева. Средний диаметр и длина стента имели размер $19,6 \times 3$ и $79,5 \times 20,3$ мм соответственно. Применялись 13 стентов Boston Scientific Wallstents и 3 Bard Venovo.

У одной пациентки с Wallstent до беременности потребовалось его удлинение. Еще у одной установлено два стента во время первоначальной процедуры. Две женщины забеременели дважды после стентирования. Всего было 17 беременностей, все одноплодные, из которых 16 завершились своевременными родами и одна – преждевременными родами.

Для профилактики стент-ассоциированного тромбоза 11 из 17 пациенток назначался эноксапарин, в том числе в течение месяца после родов. При 5 беременностях профилактика не проводилась, в одном случае данные не были доступны. Также в одном случае у бессимптомной женщины после родов была выполнена венопластика стентированного участка.

Выводы

Стенты в подвздошных венах хорошо выдерживали беременность – они не тромбировались, не было их повреждений вследствие компрессии маткой, требующих повторного вмешательства. С целью профилактики тромбоза стента стоит рассмотреть возможность антикоагулянтной терапии низкомолекулярными гепаринами. Предполагаемую беременность не следует считать противопоказанием к стентированию подвздошных вен для лечения симптоматической тазовой венозной недостаточности.

Беременность после стентирования подвздошных вен по поводу тазовой венозной недостаточности



Мультицентровое ретроспективное когортное исследование



15 женщин с 16 венозными стентами перед 17 беременностями



13 Wallstents*
3 Venovo**
имплантированы
за 350±287 дней
до беременности

* Boston Scientific
** Bard

0%

тромбозов стентов в течение или после беременности

0%

повторных вмешательств ввиду связанной с беременностью компрессии стентов



Тромбопрофилактика эноксапарином при 11 из 17 беременностей

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Предполагаемую беременность не следует рассматривать как противопоказание к стентированию подвздошных вен для лечения симптоматической тазовой венозной недостаточности

Литература/References

¹Pappas PJ, Lakhanpal G, Soto T, Deol Z, Kennedy R, Lakhanpal S. Pregnancy after iliac vein stenting for pelvic venous insufficiency. J Vasc Surg Venous Lymphat Disord. 2022; 10(2): 342-347. doi: 10.1016/j.jvsv.2021.09.005.

Комментарий приглашенного эксперта**Ravul Jindal (Индия), вице-президент Международного общества флебологов (UIP)**

Публикация R.J. Pappas et al., несомненно, представляет большой интерес ввиду ограниченного количества данных по этой теме. Стентирование подвздошных вен распространено не так широко, а последующая беременность еще больше сужает возможности набрать приемлемую выборку пациенток. Основным опасением является компрессия стента маткой, особенно в третьем триместре. Антикоагулянтная терапия на протяжении всей беременности успешно используется при высоком риске венозных тромбоэмболических осложнений (ВТЭО), при этом риск кровотечений остается незначительным. Представленное исследование дает нам возможность провести дальнейшую оценку в этой области.

Недостатком работы является ее ретроспективный характер. Кроме того, антикоагулянты использовались у нетромботических пациенток на протяжении всей беременности без каких-либо подтверждающих эту необходимость данных. Возможно, у нетромботических больных применение эноксапарина целесообразно только в третьем триместре, так как риск ВТЭО у данной категории значительно ниже, чем при стентировании ввиду посттромботической обструкции или при наличии тромбофилии. По моему мнению, целесообразно провести проспективную сравнительную оценку антикоагуляции на протяжении всей беременности и ее ограниченного применения. Однако из представленных данных и опубликованной литературы очевидно одно – беременность не вызывает особых проблем у пациенток с имплантированными ранее венозными стентами.



РОССИЙСКАЯ СТАТЬЯ ЗА РУБЕЖОМ

Влияние нейтрофилов на тромбоз легочной артерии *in situ*

Порембская О.Я. и соавт.¹

УВАЖАЕМЫЕ КОЛЛЕГИ! ТРАДИЦИОННО В ЭТОЙ РУБРИКЕ ПРЕДСТАВЛЯЕМ ВАШЕМУ ВНИМАНИЮ СОКРАЩЕННОЕ СОДЕРЖАНИЕ СТАТЬИ ОТЕЧЕСТВЕННЫХ АВТОРОВ, ОПУБЛИКОВАННОЙ В ЗАРУБЕЖНОЙ ПЕЧАТИ. ДАННАЯ РАБОТА ПОСВЯЩЕНА ПЕРВИЧНОМУ ТРОМБОЗУ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ И ВЛИЯНИЮ НЕЙТРОФИЛОВ НА ЕГО РАЗВИТИЕ.

Тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА) является опасным состоянием, которое способно приводить к дыхательной недостаточности и смерти. Миграция тромботических масс из глубоких вен в легочное русло долгое время считалась основным механизмом развития ТЭЛА. Однако все больше данных свидетельствует, что окклюзия сосудов легких может происходить без предшествующего тромбоза глубоких вен (ТГВ) и последующей эмболии.

Тромбоз легочной артерии (ЛА) может развиваться *in situ* вследствие активации и прокоагулянтного сдвига эндотелия в результате системных провоспалительных состояний, обычно приводящих к венозному тромбозу.

В этом исследовании сообщается о принципиальной возможности и нейтрофил-зависимых механизмах развития локального тромбоза ЛА после хирургического вмешательства.

В работе использовалась модель ТГВ с перевязкой нижней полой вены (НПВ) у крыс с целью изучения возможности и механизмов тромбоза ЛА в условиях, когда блокируются основные пути миграции тромботических масс из периферических вен. Оценивались тромбы в ЛА и НПВ в нормальных условиях и при искусственно созданной нейтропении.

Показано, что у крыс как с нормальным, так и со сниженным количеством нейтрофилов развивался тромбоз НПВ. Однако нейтропения вызывала существенное уменьшение размера тромба и способствовала переходу от свежего к зрелому фибрину и соединительной ткани внутри него.

Массивное отложение фибрина было обнаружено в ветвях ЛА у большинства крыс с ТГВ с нормальным количеством нейтрофилов, при этом не отмечалось ни у одного из животных с нейтропенией. Ликвидация нейтрофилов также устраняла макроскопические признаки повреждения легких.

Интересно, что фибриновые отложения в ветвях ЛА также наблюдались после симуляционной лапаротомии без лигирования НПВ и без признаков ее тромботического поражения. Это свидетельствует о возможности развития первичного тромбоза ЛА под действием системного воспалительного ответа на хирургическую агрессию.

Таким образом, результаты показали, что тромбы в легочной сосудистой сети могут образовываться *in situ* с помощью механизмов, которые требуют локального рекрутирования нейтрофилов, происходящих в условиях ТГВ.

Полный текст статьи доступен [по ссылке](#).

Литература/References

¹Porembskaya O, Zinserling V, Tomson V, Toropova Y, Starikova EA, Maslei VV, Bulavinova NI, Kirik OV, Syrtsova MA, Laberko L, Galchenko MI, Kravchuk V, Saiganov S, Brill A. Neutrophils Mediate Pulmonary Artery Thrombosis In Situ. Int J Mol Sci. 2022; 23(10): 5829. doi: 10.3390/ijms23105829.

Комментарий приглашенного эксперта Лобастов Кирилл Викторович, к. м. н., доцент

Механистическая теория развития тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА) была сформулирована Рудольфом Вирховым в середине XIX века. Он писал: «Новые сгустки формируются из крови и накладываются слой за слоем на конце тромба. Тромб растет в просвете сосуда по ходу кровотока из устья крупной ветви, превращаясь в толстый цилиндр и становясь все больше и больше. Именно эти продолговатые пробки представляют собой реальную угрозу. В них происходит разрушение и отрыв, приводящий к окклюзии отдаленных сосудов. Таким образом мы, как правило, видим, что все тромбы с периферии тела приводят к вторичной обструкции и метастатическим отложениям в легких» (перевод автора)¹.

На протяжении многих лет эта концепция признавалась единственно верной и лежала в основе принципов хирургической профилактики ТЭЛА. Между тем в последние десятилетия стали накапливаться клинические и экспериментальные данные, подтверждающие неоднородность механизмов развития легочной эмболии. В частности, стало известно, что до 55% случаев ТЭЛА не имеют явного источника в дистальной венозной системе², что тромбы в венах нижних конечностей и эмболы в ЛА разной морфологической структуры³, что русло ЛА обладает усиленным фибринолитическим потенциалом, обеспечивая растворение 90–100% экспериментальных сгустков в течение 5–6 дней^{4, 5}. Названные факты стали основой для появления новых гипотез о механизмах тромботического поражения ЛА: воздействие воспалительных цитокинов и микроагрегатов активированных клеток, включая тромбоциты и нейтрофилы, на эндотелий ЛА, что приводит к его дисфункции и развитию первичного или вторичного «метастатического» тромбоза⁶.

Новая экспериментальная работа под руководством Ольги Порембской и Александра Брилля в очередной раз подтвер-



ждает неоднородность механизмов развития ТЭЛА, а также существенную роль воспалительной реакции и эндотелиальной дисфункции в ее возникновении. Несмотря на кажущуюся простоту идеи, авторы впервые изучили состояние легких и ЛА у крыс в условиях классического стазисного тромбоза НПВ, индуцированного ее лигированием. Вопреки полному механическому перекрытию просвета сосуда, которое исключало возможность спонтанной миграции крупных сгустков, исследователи обнаружили признаки нейтрофил-зависимого тромбоза ЛА *in situ* у всех животных. Подобные изменения могут быть объяснены только альтернативными механизмами поражения легочного русла, включая воздействие воспалительных цитокинов и микроагрегатов активированных клеток, достигающих сердца через сохраненные мелкие коллатерали.

Не менее важным представляется факт обнаружения фибриновых наложений в ветвях ЛА у крыс, подвергшихся лапаротомии без лигирования НПВ при отсутствии дистального тромбоза. Подобные изменения могут быть объяснены только токсическим воздействием на эндотелий ЛА воспалительных цитокинов и активированных

клеток в ответ на хирургическую травму. Эти данные можно назвать революционными, т. к. они впервые подтвердили воз-

можность развития послеоперационного первичного тромбоза ЛА при отсутствии ТГВ.

Подводя итог, следует отметить, что обсуждаемая работа является крайне важным элементом разрозненной мозаики патогенеза ТЭЛА, лишний раз подчеркивая роль антикоагулянтной профилактики и терапии, а также объясняя недостаточную эффективность хирургических методов профилактики.

Литература/References

¹Virchow R, Cellular Pathology as based upon physiological and pathological history [Tr. from the 2nd ed. of the original by Frank Chance]. Gryphod Editions Ltd., Birmingham, 1978.

²van Langevelde K, Srámek A, Vincken PW, van Rooden JK, Rosendaal FR, Cannegieter SC. Finding the origin of pulmonary emboli with a total-body magnetic resonance direct thrombus imaging technique. *Haematologica*. 2013; 98(2): 309-15. doi: 10.3324/haematol.2012.069195.

³Chernysh IN, Nagaswami C, Kosolapova S, Peshkova AD, Cuker A, Cines DB, Cambor CL, Litvinov RI, Weisel JW. The distinctive structure and composition of arterial and venous thrombi and pulmonary emboli. *Sci Rep*. 2020; 10(1): 5112. doi: 10.1038/s41598-020-59526-x.

⁴Runyon MS, Gellar MA, Sanapareddy N, Kline JA, Watts JA. Development and comparison of a minimally-invasive model of

autologous clot pulmonary embolism in Sprague-Dawley and Copenhagen rats. *Thromb J*. 2010; 3. 10.1186/1477-9560-8-3.

⁵Eagleton MJ, Henke PK, Luke CE, Hawley AE, Bedi A, Knipp BS, Wakefield TW, Greenfield LJ. Southern Association for Vascular Surgery William J. von Leibig Award. Inflammation and intimal hyperplasia associated with experimental pulmonary embolism. *J Vasc Surg*. 2002; 36(3): 581-8. doi: 10.1067/mva.2002.126556.

⁶Порембская О.Я., Лобастов К.В., Кравчук В.Н., Торопова Я.Г., Лаберко Л.А., Чесноков М.Ш., Булавинова Н.И., Червяк М.В., Сайганов С.А. Легочная эмболия – разрозненные части несобранной мозаики. *Флебология*. 2021. 15(3): 188–198.

Porembskaya OYa, Lobastov KV, Kravchuk VN, Toropova YaG, Laberko LA, Chesnokov MSh, Bulavinova NI, Chervyak MV, Saiganov SA. Pulmonary embolism – scattered elements of incomplete puzzle. *Flebologiya*. 2021; 15(3): 188–198. doi: 10.17116/flebo202115031188. (in Russian).

НАЧИНАЮЩЕМУ ФЛЕБОЛОГУ

Грыжи голени

По материалам А.-А. Рамеле и соавт.¹

УВАЖАЕМЫЕ КОЛЛЕГИ! ПРЕДЛАГАЕМ ВАШЕМУ ВНИМАНИЮ НАШУ НОВУЮ РУБРИКУ «НАЧИНАЮЩЕМУ ФЛЕБОЛОГУ». В НЕЙ БУДУТ ПУБЛИКОВАТЬСЯ МАТЕРИАЛЫ, ПРЕДСТАВЛЯЮЩИЕ ИНТЕРЕС В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ ИМЕННО ДЛЯ ЭТОЙ ЦЕЛЕВОЙ АУДИТОРИИ. И НАЧАТЬ МЫ РЕШИЛИ С ПАТОЛОГИИ, КРАЙНЕ РЕДКО ВСТРЕЧАЮЩЕЙСЯ В УЧЕБНЫХ ПОСОБИЯХ И ПЕРИОДИЧЕСКИХ ИЗДАНИЯХ, ОДНАКО ПРИ ЭТОМ ДОСТАТОЧНО ЧАСТО ПОПАДАЮЩЕЙ В ПОЛЕ ЗРЕНИЯ ПРАКТИКУЮЩИХ СПЕЦИАЛИСТОВ, А ИМЕННО С ГРЫЖ ГОЛЕНИ (РИС.). ЗНАНИЕ ЭТОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ ПРИНЦИПИАЛЬНО ВВИДУ НЕОБХОДИМОСТИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ С ВАРИКОЗНЫМ РАСШИРЕНИЕМ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ.

Согласно авторам¹, данные грыжи бывают двух типов – пьезогенные (жировые) и мышечные.

Пьезогенные грыжи необходимо отличать от локальных дилатаций поверхностных вен над несостоятельными перфорантами. В положении стоя у некоторых больных наблюдаются одиночные или множественные незначительные выпячивания на боковой стороне голени, которые видоизменяются при мышечном движении и исчезают в положении лежа или при компрессии. С анатомической точки зрения это расхождение фасции при мышечном сокращении, при котором жировая ткань может выступать из передненаружного ложа голени. Лечение, а именно наложение шва на фасцию, нежелательно, ввиду наличия определенного риска сдавления (синдром «ложи») и вероятности рецидива.

Мышечные грыжи встречаются реже. Установлению правильного диагноза способствуют их форма, которая чаще продольная, чем овальная, а также такие данные анамнеза, как появление после травмы или при напряжении.



Рисунок. Грыжа антеролатеральной поверхности голени

Литература/References

¹Рамеле А.-А., Керн П., Перрин М. Варикозные вены и телеангиэктазии. Перевод с французского. Под общей ред. Т.В. Алекперовой. Москва: МЕДпресс-информ. 2008; 95–96.

Ramele A-A, Kern P, Perrin M. Varicose veins and telangiectasia. Translated from the French. Under the general editorship of Alekperova T.V. Moscow: MEDpress-inform. 2008; 95–96. (in Russian).

ИНТЕРВЬЮ

У микрофона Председатель Санкт-Петербургского венозного форума, профессор Евгений Владимирович Шайдаков



В этом году Санкт-Петербургскому венозному форуму исполняется 15 лет. На площадке конференции традиционно объединятся ведущие эксперты со всего мира для обсуждения принципиально важных вопросов патофизиологии, диагностики, профилактики и лечения заболеваний вен. О первом съезде, этапах его развития и планах на будущее нашему изданию рассказал один из лидеров российской флебологии, Председатель конгресса, д. м. н., профессор Евгений Владимирович Шайдаков.

– *Санкт-Петербургский венозный форум в этом году отмечает 15-летие. Сделайте, пожалуйста, небольшой экскурс в историю. Как возникла идея и с чего все началось?*

– Мы видим современное состояние флебологии, когда многие вопросы нашли грамотное решение и получили научное обоснование, а наш статус на международной арене имеет уверенную позицию. Подтверждение этому прошедший съезд Международного союза флебологов в Турции, на котором впервые состоялись три русскоязычные секции. Но ведь так было не всегда. Поэтому в свое время и возникла острая необходимость организовать в России мероприятие, которое сплотило бы людей, заинтересованных в развитии науки о венах. Как Вы знаете, наш форум проходит под лозунгом: «Объединяя лучшее во флебологии». И это действительно так. Мы стараемся объединить все: актуальные научные идеи, передовые технологии и экспертов с разных континентов, которые перевернули флебологические представления. Не зря ведь наш большой друг, Роберт Кистнер, говорил о том, что Санкт-Петербургский венозный форум не просто открыл окно в окружающий

мир, но и проложил широкую дорогу в пространство мировой флебологии.

– *Евгений Владимирович, расскажите, пожалуйста, о первой конференции.*

– Первый Санкт-Петербургский венозный форум проходил в 2007 году. Это была встреча единомышленников, для которых было важно будущее отечественной флебологии. В мероприятии приняли участие более 50 врачей разных специальностей. Уже тогда появилось понимание, что многие вопросы находятся на стыке направлений, требуя междисциплинарного подхода. Постепенно менялся формат съезда, расширялась география участников, и в итоге конгресс стал международной трибуной для продуктивного научного общения, обмена опытом и передовыми идеями.

– *Кто из известных флебологов принимал участие в первой встрече?*

– Я бы хотел подчеркнуть участие Бо Эклофа (Швеция) – почетного профессора Гавайского университета, одного из президентов

Американского венозного форума. Его лекция потрясала нас всех своим масштабом и запомнилась на долгие годы. Надо сказать, что Бо Эклоф стал не только наставником, но и замечательным другом, нашим почетным гостем, которого мы всегда рады видеть в России.

– У мероприятия славная 15-летняя история. Какие вехи на этапе его развития были самыми важными?

– Санкт-Петербургский венозный форум проходил непростой путь, многие вопросы требовали пересмотра существующих догм и правил, а новые знания коренным образом переворачивали привычные представления. Постепенно формат мероприятия и география его участников расширялись, мы заслужили международный статус. Значимым стал 2015 год, когда нами был ор-

ганизован XVI Европейский венозный форум (EVF). Более 800 делегатов из 60 стран мира и 67 регионов России. Безусловно, это был успех! Важно отметить, что по результатам состоявшегося в Лондоне Международного аудита прошедший в Санкт-Петербурге съезд был признан лучшим по всем номинациям за всю историю проведения EVF. С этого момента началась новая страница нашей конференции.

– Как меняются задачи Форума в современных условиях?

– Многие аспекты, как это уже отмечалось, требуют междисциплинарного подхода, поэтому мы привлекаем к участию врачей ультразвуковой диагностики, ангиологов, сосудистых хирургов, лимфологов, подологов и многих других. В связи с этим расширяется и спектр рассматриваемых вопросов, и программа самой конференции. К слову, в 2021 году в рамках научно-образовательного мероприятия «Неделя здоровья вен» (Vein Week) при участии Санкт-Петербургской Ассоциации флебологов и Национальной коллегии флебологов были организованы два круглых стола «Вокруг флебологии – русский взгляд», подтвердившие необходимость объединения врачей разных специальностей.

– Форум за долгие годы плодотворной работы расширил географию участников, получив статус международного. Представители каких стран примут участие в предстоящем мероприятии в 2022 году?

– Ежегодно в Форуме принимают участие представители более 35 стран, что свидетельствует о востребованности съезда далеко за пределами России. Уже подтвердили свои заявки доктор из Аргентины, Бразилии, США, Индии, Италии, Сингапура, Германии, Турции, Египта, Беларуси, Таджикистана, Узбекистана, Казахстана. Как видите, география обширная, но мы ожидаем еще больше стран-участников.



– Юбилей – время поразмыслить, проанализировать достигнутое, наметить планы на будущее. Каковы основные итоги 15-летней работы?

– Пожалуй, главный итог работы состоит в том, что форум стал международной площадкой для высоконаучного общения, объединяя, как я уже говорил, лучшее, что есть в этом направлении. Мы заслужили право быть частью мировой флебологии.

Недавно я выступал на заседании Экспертного совета по здравоохранению при Межпарламентской ассамблее стран СНГ с докладом о необходимости консолидации активно развивающегося флебологического сообщества Евро-Азиатского региона. Поэтому, не

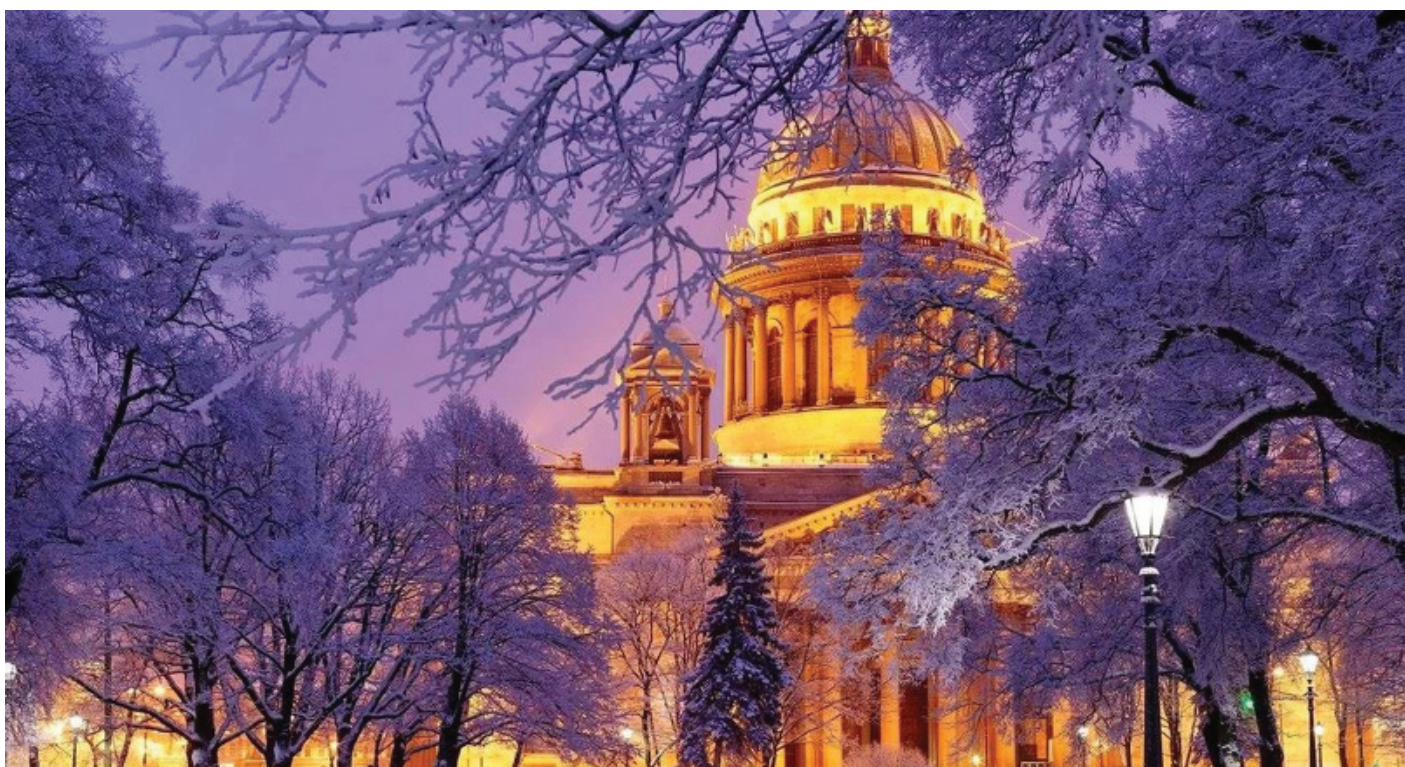
смотря на достигнутые колоссальные успехи Санкт-Петербургского венозного форума, останавливаться мы просто не имеем права. Впереди предстоит еще много работы.

– Евгений Владимирович, что Вы пожелаете читателям нашего журнала и всем тем, кто интересуется флебологией?

– Флебологией мало просто интересоваться. Ее нужно глубоко осмысливать и постоянно изучать. Поэтому я желаю неустанного поиска новых знаний, которые будут с успехом применены в клинической практике.

Подготовила
Мария Игнатенко

Редакция журнала «ФЛЕБОЛОГИЯ СЕГОДНЯ. Бюллетень Национальной коллегии флебологов» поздравляет Евгения Владимировича с 15-летием Санкт-Петербургского венозного форума! Мы желаем плодотворной работы и новых горизонтов для масштабной деятельности, которая, несомненно, будет иметь успех не только в России, но и далеко за ее пределами!



Новости СРО Ассоциации «Национальная коллегия флебологов»

LETTER TO THE EDITOR



<https://doi.org/10.21518/1995-1477-2022-19-1-157-160>



Письмо в редакцию / Letter to the editor

О текущей ситуации в отношении рисков и профилактики развития венозных тромбоэмболических осложнений после хирургического лечения варикозной болезни

В.Ю. Богачев✉, К.В. Лобастов, А.А. Фокин, Е.В. Шайдаков, Е.П. Бурлева, А.Ю. Крылов, В.Е. Баринев, С.М. Беленцов, В.В. Сорока, Р.А. Бредихин, Д.А. Росуховский, Д.А. Борсук, П.Г. Габай

Опубликовано письмо в редакцию ВАК-рецензируемого журнала «Амбулаторная хирургия» «О текущей ситуации в отношении рисков и профилактики развития венозных тромбоэмболических осложнений после хирургического лечения варикозной болезни».

Почему это ТАК ВАЖНО? При наступлении неблагоприятного исхода врач зачастую остается один на один с органами надзора, а его дальнейшая судьба зависит от мнения привлеченного эксперта.

В данном письме консолидирована позиция авторитетных специалистов в области флебологии – девяти профессоров, д. м. н., трех к. м. н. и одного к. ю. н. Текст утвержден на заседании Совета НКФ. В нем отмечается, что развитие венозных тромбоэмболических осложнений (ВТЭО) после лечения варикозной болезни при соблюдении всех ус-

ловий действующих нормативно-правовых актов не следует расценивать как дефект или результат ненадлежащего оказания медицинской помощи.

Документ является доказательным научным источником и позволит врачам при необходимости аргументировать свою позицию перед органом надзора, следствием или судом. Письмо имеет наиважнейшее практическое значение в условиях текущего правового регулирования и сложности квалификации правонарушений медицинских работников.

Также в тексте письма приведено много принципиальных аспектов ВТЭО, поэтому для практикующего флеболога оно ОБЯЗАТЕЛЬНО К ПРОЧТЕНИЮ (1,5 страницы)!

[Ознакомиться с документом можно по ссылке.](#)

Минздравом РФ утвержден новый стандарт медицинской помощи взрослым при варикозном расширении вен нижних конечностей (диагностика и лечение).

Данный приказ под номером 576н вступает в силу 16.10.2022 г. С текстом документа можно ознакомиться [по ссылке](#).

В рамках съезда UIP состоялись три русскоязычные секции при организационном участии Национальной коллегии флебологов

На прошедшем XIX Всемирном конгрессе Международного общества флебологов (UIP) в Стамбуле (Турция) 12–16 сентября 2022 г., который объединил 1 700 специалистов из 34 стран, впервые состоялись три русскоязычные секции, имевшие внушительный успех.

Представители Национальной коллегии флебологов принимали активное участие в организации этих секций, занимались формированием и утверждением программы, вели информационную кампанию. Председателем организационного комитета выступал профессор Е.В. Шайдаков, председателем молодежного оргкомитета – К.В. Лобастов.

Напомним, что идея проведения русскоязычных секций и начало ее реализации было положено на прошедшем в 2021 г. 14-м Санкт-Петербургском венозном форуме совместно с председателем конгресса UIP Kırşat Bozkurt (Турция), после чего начались активные действия, направленные на реализацию данного проекта.

Также отметим, что один из участников, доктор А.И. Надвиков, посетил съезд UIP и выступил на русскоязычной секции по



тревел-гранту, полученному за лучший доклад на упомянутом выше форуме в Санкт-Петербурге в 2021 г.

Следующий Всемирный конгресс UIP запланирован в Майями (США) 17–21 сентября 2023 г. Местом проведения съезда в 2025 г. был выбран Буэнос-Айрес (Аргентина).

Состоялись выборы в Исполнительный комитет Международного общества флебологов (UIP)

В ходе заседания Генерального совета UIP при участии Национальной коллегии флебологов 15 сентября 2022 г. был избран новый Исполнительный комитет UIP, представленный ниже.



Kurosh Parsi
(Australia)
Президент



Sergio Giancesini
(Italy)
Избранный президент



Kursat Bozkurt
(Turkey)
Генеральный секретарь



Paul Thibault
(Australia)
Казначей



Fedor Lurie
(USA)
Председатель
научного комитета



Pauline Raymond-Martimbeau
(Canada)
Председатель образовательного
комитета



Oscar Bottini
(Argentina)
Председатель конгрессов
и мероприятий



Zaza Lazarashvili
(Georgia)
Вице-президент



Rodrigo Rial
(Spain)
Вице-президент



Ravul Jindal
(India)
Вице-президент



Carlos Simkin
(Argentina)
Вице-президент



Lorena Grillo
(Costa Rica)
Вице-президент



Javier Serralde Gallegos
(Mexico)
Вице-президент

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](#)

[Технические аспекты микросклеротерапии \(одностраничные рекомендации\)](#)

[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](#)

[Письмо в редакцию «О текущей ситуации в отношении рисков и профилактики развития ВТЭО после хирургического лечения варикозной болезни»](#)

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

[Архив журнала «ФЛЕБОЛОГИЯ СЕГОДНЯ. Бюллетень Национальной коллегии флебологов»](#)

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
- Алгоритм диагностики и лечения анафилактического шока
- Подборка наиболее актуальных Международных клинических рекомендаций
- Красочный плакат для кабинета флеболога, в том числе с вариантом, где можно подставить свой собственный логотип

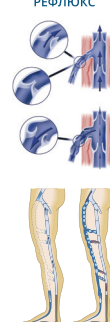
ВЕНОЗНАЯ СИСТЕМА

МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ

БОЛЬШАЯ И МАЛАЯ ПОДКОЖНЫЕ ВЕНЫ



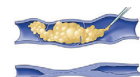
РЕФЛЮКС



ТЕРМИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ



СКЛЕРОТЕРАПИЯ



МИНИФЛЕБЭКТОМИЯ



Уважаемые коллеги!

Деятельность СРО Ассоциации «Национальная коллегия флебологов» осуществляется за счет благотворительных взносов.

Если у вас есть желание и возможность поддержать нашу работу, мы будем признательны за пожертвование любой суммы.

Сделать это можно онлайн с помощью банковской карты по ссылке ниже.

[Внести пожертвование](#)

Официальный Telegram-канал СРО Ассоциации «Национальная коллегия флебологов»

Регулярные публикации актуальной информации о достижениях современной флебологии и деятельности коллегии.



[Подписаться на канал](#)

Совет коллегии

Председатель Совета

Богачев Вадим Юрьевич

Заместители Председателя Совета

Фокин Алексей Анатольевич

Шайдаков Евгений Владимирович

Члены совета

Беленцов Сергей Михайлович

Бредихин Роман Александрович

Бурлева Елена Павловна

Гужков Олег Николаевич

Лобастов Кирилл Викторович

Росуховский Дмитрий Александрович

Независимые члены Совета

Баринов Виктор Евгеньевич

Сорока Владимир Васильевич

Дисциплинарный комитет

Председатель

Сонькин Игорь Николаевич

Заместители Председателя

Ларин Сергей Иванович

Манджикян Овсеп Петросович

Контрольная комиссия

Председатель

Борсук Денис Александрович

Маркин Сергей Михайлович

Марьясов Андрей Сергеевич

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 НКО

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

PHLEBOLOGY TODAY

Digest of the National College of Phlebology

Том 2
№1, 2022

Vol. 2
№1, 2022

Учредитель и издатель:

Профессиональная медицинская ассоциация
продвижения высоких стандартов
флебологической помощи «Национальная
коллегия флебологов»

Главный редактор:

Д.А. Борсук, к. м. н.

Издается по решению Совета Национальной
коллегии флебологов с 2021 г.
Периодичность: 4 выпуска в год

454091, г. Челябинск, ул. Пушкина, д. 50
Телефон: +7 (929) 682-76-94
Сайт журнала: phlebology-today.ru
E-mail: secretariat@phlebology-sro.ru

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