



НАЦИОНАЛЬНАЯ КОЛЛЕГИЯ
ФЛЕБОЛОГОВ
САМОРЕГУЛИРУЕМАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ



ВХОДИТ В СОСТАВ
МЕЖДУНАРОДНОГО
ОБЩЕСТВА ФЛЕБОЛОГОВ

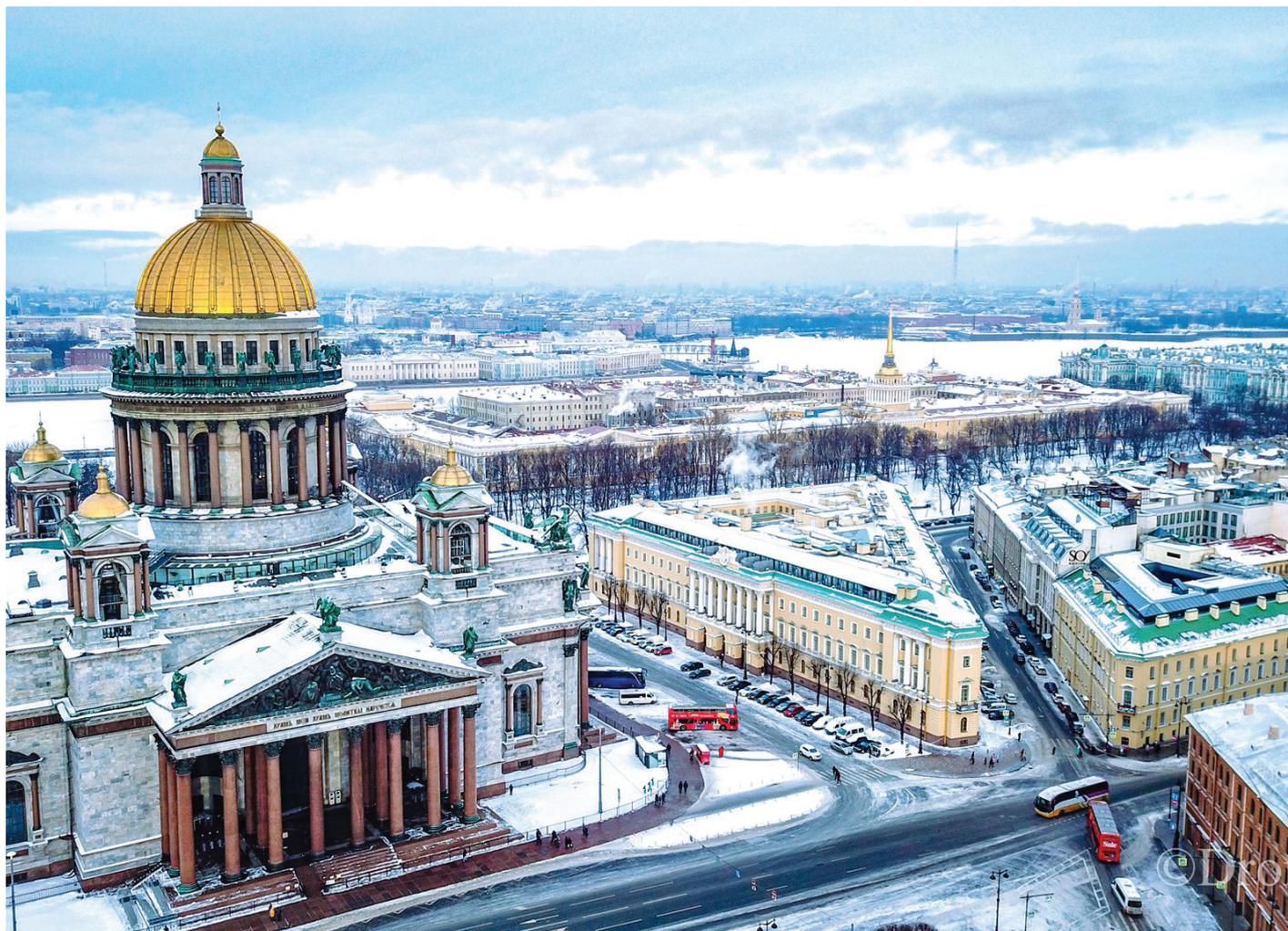
ФЛЕБОЛОГИЯ СЕГОДНЯ

Бюллетень Национальной коллегии флебологов

PHLEBOLOGY TODAY. Digest of the National College of Phlebology

СПЕЦИАЛЬНЫЙ ВЫПУСК

**XVI Санкт-Петербургский венозный форум:
итоги Рождественских встреч**



29 ноября – 1 декабря 2023 года под председательством профессора Е.В. Шайдакова состоялся XVI Санкт-Петербургский венозный форум, который радушно принял всех, кто интересуется вопросами флебологии и лимфологии. Участниками мероприятия стали более 800 специалистов из 11 стран и практически всех регионов России.

Очередные Рождественские встречи были посвящены 30-летию первого в России Санкт-Петербургского общества флебологов. С приветственными словами на открытии съезда выступили Вице-губернатор Санкт-Петербурга **О.Н. Эргашев**, исполнительный директор Российского Общества ангиологов и сосудистых хирургов **А.А. Фокин**, Председатель Национальной коллегии флебологов **В.Ю. Богачев**, вице-президент Международного общества флебологов (UIP) **L. Grillo**.

Примечательно, что конференция давно вышла не только за региональные, но и за общероссийские границы, справедливо получив свой международный статус. Проведение объединенных секций с мировыми профессиональными сообществами – уже закономерность. В этот раз состоялась совместная секция Санкт-Петербургского венозного форума и vWindonesia Selection, девиз которой: «Вместе вперед в помощи пациентам с заболеваниями венозной и лимфатической систем». Ее участниками стали известные эксперты – **Sergio Giancesini** (Италия), **Oscar Bottini** (Аргентина), **Lorena Grillo** (Коста-Рика), **Е.В. Шайдаков** (Россия).

Президент предстоящего в 2025 году в Буэнос-Айресе съезда UIP **Oscar Bottini** (Аргентина) презентовал первый латиноамериканский консенсус по картированию поверхностных и перфорантных вен (оригинальный документ доступен в личном кабинете [на сайте Национальной коллегии флебологов](#)).

Инновационный по своей сути доклад представил **Р.А. Таурагинский**: «Мышечная помпа голени как поток-перенаправляющий насос. Эффективность и клиническая значимость»,

с видеозаписью которого можно ознакомиться [по ссылке](#).

Также участники конференции узнали результаты пилотного исследования о возможностях наночастиц меди в лечении трофических язв (**А.А. Евсюков, С.Н. Якушкин**).

Не остались без внимания вопросы нетермической нетумесцентной абляции (**P. Ortiz; Е.Л. Мурзина**), шкала J.A. Carpinì и ее интерпретация (**К.В. Лобастов**), лечение расширенных вен таза (**М. Altwalah**), принципы диагностики и вмешательств при несафенном варикозе нижних конечностей (**Ш.Д. Зокирхонов**), ультразвуковая диагностика тазового венозного полнокровия (**Б.Б. Айдашова**), а также хирургическое лечение лимфедемы (**А.В. Ровная**).

Как всегда, на самом высоком профессиональном уровне обсуждались аспекты эстетической флебологии. **О.П. Манджикян** рассказал о применении комбинированной склеротерапий и чрескожного микросе-





кундного лазера для устранения телеанги-
ектазий и ретикулярных вен. **А.Ю. Семенов**
сделал акцент на тотальной эндовазальной
лазерной коагуляции расширенных неэсте-
тичных вен на кисти.

Председатель контрольной комиссии На-
циональной коллегии флебологов (НКФ)
Д.А. Борсук представил отчет о проделан-
ной в 2023 году работе НКФ. Отдельно стоит
отметить колоссальную редакционную ра-
боту по подготовке журнала «ФЛЕБОЛОГИЯ
СЕГОДНЯ. Бюллетень Национальной колле-
гии флебологов». Архив выпусков доступен
[по ссылке](#).

По устоявшейся традиции на гала-ужине,
прошедшем в Николаевском дворце, была
вручена золотая медаль «За выдающийся
вклад в развитие флебологии». По резуль-

татам тайного голосования Экспертного
Совета Санкт-Петербургской Ассоциации
флебологов ее обладателем стал профессор
В.Ю. Богачев.

Санкт-Петербургский Венозный Форум – это отличная возможность проанализировать полученные результаты клинической и научной работы, подвести итоги года, наметить дальнейшие цели и пообщаться в дружеской атмосфере с теми, кто посвятил свою профессиональную жизнь изучению патологии венозной системы. *Определены даты очередного форума: будем ждать вас, дорогие коллеги, в зимнем Петербурге 27–29 ноября 2024 года! До скорой встречи!*

Комментарий доктора Lorena Grillo, MD

Как приглашенный спикер Санкт-Петербургского венозного форума, я с радостью могу отметить высокий уровень представленных лекций. Презентации отличались выдающимся качеством и демонстрировали глубину знаний и опыта докладчиков. Каждое выступление было тщательно организовано и давало ценную информацию о последних достижениях в области флебологии и лимфологии. В ходе конференции был затронут широкий спектр тем, представлены исследования от новых диагностических методов до инновационных подходов к лечению. В целом, Санкт-Петербургский венозный форум стал площадкой для конструктивного общения и сотрудничества, продемонстрировав приверженность мирового медицинского сообщества к продвижению понимания и терапии венозных и лимфатических заболеваний.



Доктор Lorena Grillo, MD
Президент Ассоциации сосудистых хирургов Коста-Рики
Вице-президент исполнительного комитета Международного общества флебологов (UIP)
Председатель комитета по коммуникациям и связям с общественностью UIP

Ниже приводим избранные редакцией журнала тезисы конференции
Источник: 16-й Санкт-Петербургский Венозный форум. Актуальные вопросы флебологии. 29 ноября – 01 декабря 2023 года, Санкт-Петербург – Сборник тезисов / Под редакцией Е.В. Шайдакова – СПб.: 2023. – 81 с.

ШКАЛА КАПРИНИ: ВЧЕРА, СЕГОДНЯ, ЗАВТРА

Лобастов К.В.¹, Caprini J.A.²

1 - Российский Национальный Исследовательский Медицинский Университет им. Н.И. Пирогова, Москва, Россия

2 - Pritzker School of Medicine, Чикаго, США

Введение. Венозные тромбоэмболические осложнения (ВТЭО), включая тромбоз глубоких вен, тромбоз поверхностных вен и тромбоэмболию легочной артерии, на протяжении многих лет сохраняют статус важной медико-социальной проблемы. Частота их развития в популяции составляет 1–2 случая на 1000 населения в год, из которых до 60% связаны с предшествующим пребыванием в стационаре и выполнением хирургического вмешательства. Поэтому вопрос первичной профилактики госпитальных ВТЭО остается актуальной проблемой, в основе решения которой лежит точная оценка риска, назначение адекватных профилактических мероприятий, а также контроль за их реализацией. На сегодняшний день наиболее изученным и валидным инструментом для индивидуальной оценки риска развития послеоперационных ВТЭО является шкала Каприни.

Целью исследования явилась разработка индивидуального подхода к оценке риска и профилактике послеоперационных венозных тромбоэмболических осложнений с помощью шкалы Каприни.

Методы. Работа является компиляцией систематического обзора литературы (202 полнотекстовые публикации), результатов электронного анкетирования 260 клиницистов и 5 оригинальных клинических исследований различного дизайна с общим участием 2722 пациентов.

Результаты. Пороговые значения баллов Каприни, ассоциирующиеся со значительным повышением индивидуального ри-

ска развития ВТЭО, лежат в диапазоне от 7 до 11 и зависят от медицинского профиля пациента и объема профилактических мероприятий. Для пациентов общехирургического профиля рекомендуется выделение групп высокого (5–8 баллов), очень высокого (9–10 баллов) и чрезвычайно высокого (≥ 11 баллов) риска. Среди российских врачей 76,5% (95% ДИ, 71,0–81,2%) активно применяют шкалу Каприни в клинической практике, но лишь в 28,1% (95% ДИ, 23,0–33,9%) случаев она интегрирована в медицинскую документацию.

Русскоязычная версия пациент-ориентированного опросника на основе шкалы Каприни обладает высокой согласованностью ($\kappa=0,84$; 95% ДИ, 0,76–0,91) с оригинальной шкалой. Частота развития симптоматических ВТЭО после современных вмешательств на поверхностных венах составляет 0,5% (95% ДИ, 0,3–0,9%) и не увеличивается при отказе от фармакопрофилактики. Баллы Каприни достоверно коррелируют с вероятностью обнаружения послеоперационных ВТЭО ($V=0,102$; $p=0,001$) при хирургическом лечении варикозной болезни.

Для пациентов флебологического профиля рекомендуется выделение групп низкого (0–6 баллов), умеренного (7–10 баллов) и высокого (≥ 11 баллов) риска, а также отдельной подгруппы лиц, ранее перенесших ВТЭО. Профилактическая дозировка ривароксабана 10 мг обладает высокой эффективностью и безопасностью при выполнении вмешательств на поверхностных венах, которые не отличаются или превосходят показатели для парентеральных

антикоагулянтов. Включение показателей теста Тромбодинамика в состав шкалы Каприни повышает ее предсказательную способность и снижает число не предсказанных тромбозов на 1,4–4,3%. Использование интермиттирующей пневматической компрессии в составе комплексной профилактики ВТЭО у пациентов с наличием ≥ 11 баллов Каприни позволяет снизить

риск развития бессимптомных венозных тромбозов на 97%.

Выводы. Индивидуальная оценка риска послеоперационных ВТЭО с помощью шкалы Каприни и основанный на ней выбор профилактических мероприятий достоверно и существенно снижают риск развития осложнений.

МЫШЕЧНАЯ ПОМПА ГОЛЕНИ КАК «ПОТОК-ПЕРЕНАПРАВЛЯЮЩИЙ» НАСОС. ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЫШЕЧНОЙ ПОМПЫ

Таурагинский Р.А.¹, Лурье Ф.^{2,3}, Симаков С.С.^{4,5}, Агаларов Р.М.¹,
Храмцов П.М.¹, Бабушкин М.Ю.¹, Борсук Д.А.⁶

1 - Научно-исследовательская лаборатория венозной гемодинамики, Флебоцентр, Калининград, Россия

2 - Сосудистый институт Джобста, Толедо, США

3 - Университет Мичигана, Энн-Арбор, США

4 - Московский физико-технический институт, Москва, Россия

5 - Сеченовский университет, Москва, Россия

6 - Южно-Уральский государственный медицинский университет, Челябинск, Россия

Введение. «Недостаточность мышечной помпы голени» (фракция выброса менее 60%) ассоциирована с развитием и прогрессированием хронической венозной недостаточности, характеризующейся амбулаторной венозной гипертензией. Однако, как именно прогрессивное увеличение амбулаторного венозного давления (АВД) в поверхностных венах связано с недостаточностью мышечной помпы (МП), остается неизвестным. Основываясь на данных наших предыдущих исследований, мы предположили, что уменьшение давления в поверхностных венах и поддержание его на относительно низком уровне (АВД < 40 мм рт. ст.) во время локомоции обеспечивается синергизмом двух последовательных фаз работы МП: «всасывания» крови из поверхностных во внутримышечные вены задней группы мышц голени с последующим «выбросом» в антероградном направлении.

Целью исследования стало одновременное измерение венозного давления в поверхностных и внутримышечных венах (ВМв) голени во время ходьбы, бега и плантарных сгибаний.

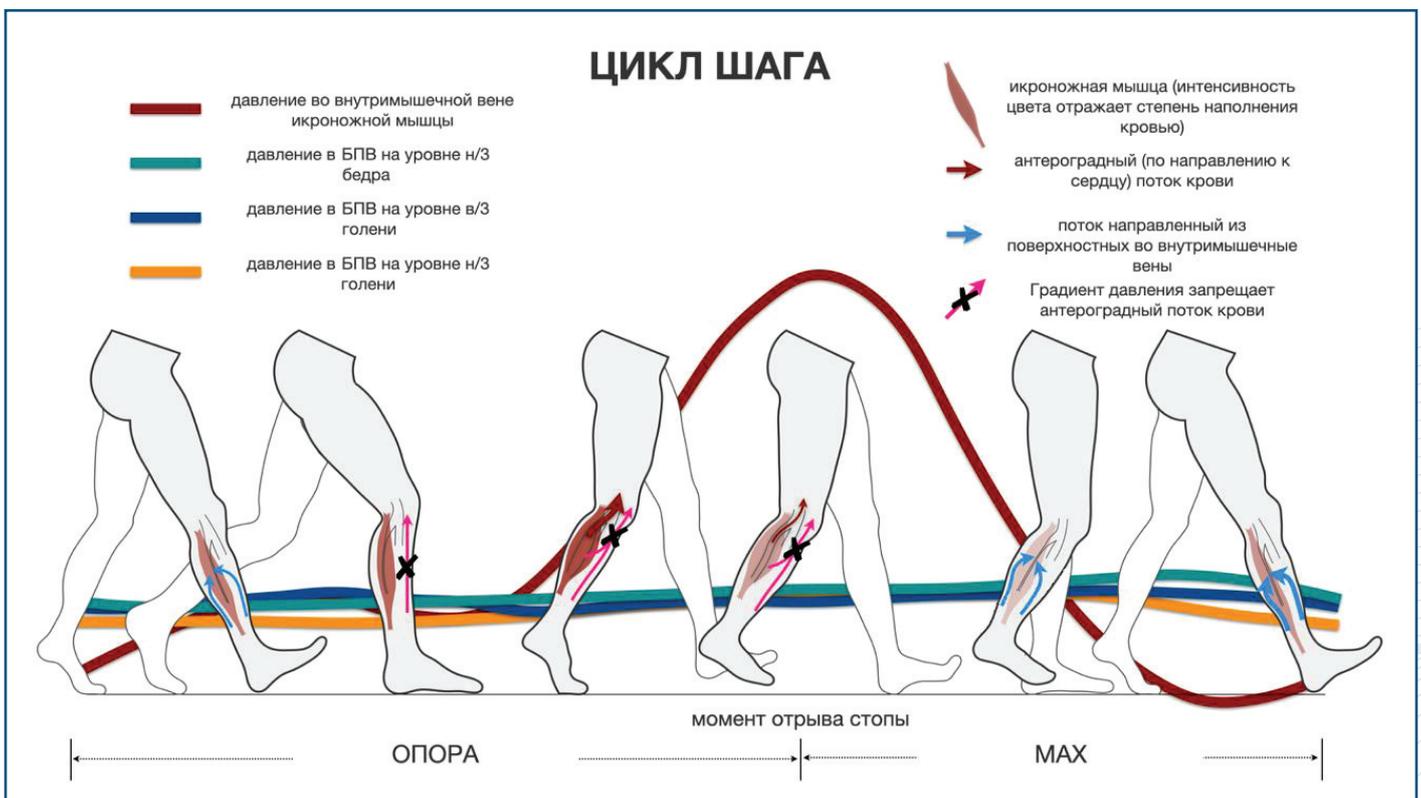
Методы. Производился непрерывный мониторинг давления (внутримышечная вена икроножной мышцы, большая подкожная вена (БПВ) на уровне нижней и верхней тре-

тей голени и нижней трети бедра) и электромиография (икроножной и передней большеберцовой мышц) у 9 здоровых волонтеров (12 нижних конечностей) во время локомоции (ходьба и бег на тредмилле, плантарные сгибания стопы). При помощи ультразвукового сканирования измеряли объемную скорость потока на общей бедренной артерии в состоянии покоя и сразу после каждого типа упражнений. Рассчитывались изменения градиента давления (ΔP , мм рт. ст.) между соседними точками измерений и удельная минутная мощность мышечной помпы для фаз «всасывания» и «выброса».

Результаты. Во время ходьбы, бега и плантарных сгибаний в БПВ не наблюдался ΔP , направленный антероградно. Паттерн изменения ΔP между ВМв и БПВ был следующим: ΔP , направленный от ВМв в сторону БПВ, наблюдался во время сокращения икроножной мышцы (фаза опоры), и, наоборот, ΔP был направлен от БПВ в сторону ВМв во время сокращения передней большеберцовой мышцы с одновременным расслаблением икроножной мышцы во время фазы маха. Параметры артериального притока и удельной мощности мышечной помпы продемонстрировали строгое соответствие между собой при увеличении интенсивности нагрузки (частоты шагов).

Выводы. Наблюдаемый градиент давления в БПВ исключает наличие в ней антероградного потока крови при ходьбе, беге или плантарных сгибаниях. Во время локомоции, в соответствии с изменением градиента давления между ВМв и БПВ, основным путем оттока крови от поверхностных вен является «горизонтальный путь» – из поверхностных вен во внутримышечные через перфоранты. Таким образом, мышечная помпа голени является двухкомпонентным механиз-

мом (синергизм передней и задней мышечных групп), обеспечивающим перенаправление потока крови из поверхностных вен во внутримышечные – «поток-перенаправляющий насос». Эффективная работа данного механизма обуславливает падение венозного давления в поверхностных венах и, что наиболее важно, поддержание его на относительно низких значениях (АВД < 40 мм рт. ст.) во время локомоции, когда наблюдается прогрессивный рост артериального притока.



КОМБИНИРОВАННАЯ СКЛЕРОТЕРАПИЯ И ЧРЕСКОЖНЫЙ МИКРОСЕКУНДНЫЙ ЛАЗЕР ДЛЯ УСТРАНЕНИЯ ТЕЛЕАНГИЭКТАЗИЙ И РЕТИКУЛЯРНЫХ ВЕН

Манджикян О.П., Данелян Б.А.

ГКБ имени А.К. Ерамишанцева, Москва, Россия

Цель. Оценить эффективность и безопасность комбинированного применения микропенной склеротерапии и чрескожного микросекундного лазера для лечения телеангиэктазий и ретикулярных вен.

Методы. Одноцентровое нерандомизированное проспективное пилотное исследование проводилось с января 2021 по январь 2022 года. Включено 42 пациента (62 конечности) с телеангиэктазиями и ретикулярными венами. Было проведено предварительное дуплексное сканирование для исключения патологического рефлюкса в поверхностных венах. Лечение состояло из одномоментной комбинации склеротерапии с использованием пены из 0,3% раствора полидоканола и атмосферного воздуха в соотношении 1:1 и чрескожной лазерной коагуляции. Сразу после склеротерапии те же сосуды были обработаны чрескожным микросекундным Nd:YAG лазером (Aerolase Neo, США) с длиной волны 1064 нм. Параметры лазера: длительность импульса – 1,5 мс, диаметр пятна – 5 мм, плотность излучения – 51 Дж/см². Выполнялось 2–4 прохода по сосудам-мишеням. Общий объем склерозирующей пены, вводимой за одну процедуру, не превышал 10 мл. Результаты

оценивались с использованием фотодокументации, субъективных шкал и анкет через 1, 3 и 12 месяцев.

Результаты. После года наблюдения отличный результат (элиминация сосудов более 75%) был достигнут в 44 (71%) случаях, хороший (элиминация 50–75%) – в 18 (29%). Средняя удовлетворенность пациентов процедурой составила 85%. Гиперпигментация кожи произошла в 6 (9,7%) случаях при лечении крупных ретикулярных вен, а возвратные телеангиэктазии (мэттинг) развились на 3 (4,8%) конечностях и исчезли в течение 12 месяцев после процедуры. Осложнений, требующих дополнительного лечения, не было.

Выводы. Комбинация микропенной склеротерапии и микросекундного Nd:YAG лазера с длиной волны 1064 нм является эффективным и безопасным методом элиминации телеангиэктазий и ретикулярных вен. Для устранения ограничений данного анализа необходимо проведение проспективных рандомизированных исследований. Дальнейшая работа поможет доказать эффективность и безопасность этого метода, а также установить четкие протоколы лечения.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЛИМФЕДЕМЫ – КАК ИЗБЕЖАТЬ ОСЛОЖНЕНИЙ И ПОВЫСИТЬ ЭФФЕКТИВНОСТЬ

Ровная А.В.

Санкт-Петербургский Государственный Медицинский Университет им. акад. И.П. Павлова, Санкт-Петербург, Россия

Введение. Лимфедема – хроническое заболевание, требующее пожизненного лечения и контроля. В России при наличии более 5 миллионов пациентов с лимфатическим отеком того или иного происхождения, как и во многих странах мира, существует множество сложностей с ведением таких больных: отсутствие страхового покрытия; отсутствие стандартов диагностики и лечения; недостаток квалифицированных врачей, из-за чего многим пациентам ставят неверный диагноз или не ставят его вовремя, назначают некорректное или избыточное лечение; отсутствие четких взаимодействий между специалистами по консервативному и хирургическому лечению лимфедемы, в результате чего теряется эффект от проведенной хирургической коррекции, возникают осложнения и пр.

Цели. Выявить наиболее частые осложнения при хирургическом лечении лимфедемы и их причины; разработать рекомендации по предоперационной подготовке и послеоперационному ведению пациентов, проходящих хирургию лимфедемы, с целью достижения максимальной эффективности лечения и снижения рисков осложнений.

Методы. Выполнен систематический обзор литературы (PubMed, Medline, Cochrane, пр.), данных международных консенсусов по лечению лимфедемы (ISL, ELS, ILF, LE&RN, etc.), изучены подходы мировых специалистов и международных хирургических школ (RMES), взаимодействие Ассоциации Лимфологов России с другими профессиональными

ассоциациями (пластическая и реконструктивная хирургия, онкология, флебология и сосудистая хирургия), участие в смежных конференциях. Проведен анализ клинических случаев развившихся осложнений после хирургического лечения лимфедемы, анализ совместной разработки и написания единых национальных стандартов по диагностике и лечению лимфедемы, показаний к хирургическому лечению, пред- и послеоперационных протоколов консервативной поддержки.

Результаты. На основании зарубежного опыта, рекомендаций международных экспертов по хирургическому лечению лимфедемы и RMES, анализа клинических случаев пациентов, столкнувшихся с осложнениями хирургии лимфедемы, было отмечено, что наиболее частыми побочными эффектами такого вида лечения являются серомы, гематомы, инфекционные осложнения, хронический болевой синдром, ограничения движений, лимфоцеле. Во многих случаях отмечена четкая взаимосвязь развития осложнений с отсутствием предоперационной подготовки (устранение отека до операции и пр.) и послеоперационного консервативного ведения (немедленная достаточная постоянная компрессионная терапия после хирургического вмешательства). На основании полученных данных были разработаны алгоритмы предоперационной подготовки и послеоперационного ведения пациентов, прошедших хирургический этап лечения лимфедемы, внесенные в проект клинических рекомендаций по лечению лимфедемы конечностей.

Выводы. Для снижения количества случаев осложнений после хирургического лечения лимфедемы и удержания его результатов необходимо следовать рекомендациям по предоперационной подготовке и послеоперационному ведению пациентов – устранение жидкостного компонента отека до хирургии и до ICG-диагностики при помощи комплексной физической противоотечной терапии, обязательная и достаточная диагностика до операции для оценки состояния лимфатической

системы с целью выбора оптимальной тактики лечения, отбора больных и снижения рисков осложнений (ICG-лимфография при лимфо-венозных анастомозах, пересадке лимфоузлов, МР-лимфография и лимфосцинтиграфия при пересадке лимфоузлов), обязательное ношение компрессионного трикотажа плоской вязки индивидуального пошива после любых операций (лимфо-венозные анастомозы, пересадка лимфоузлов, липосакция, пластические резекционные операции).

ЧАСТОТА, СТЕПЕНЬ ВЫРАЖЕННОСТИ И ВОЗМОЖНЫЕ РИСКИ РАЗВИТИЯ ФЛЕБИТОПОДОБНОЙ АНОМАЛЬНОЙ РЕАКЦИИ (PLAR) ПОСЛЕ ЦИАНОАКРИЛАТНОЙ ОБЛИТЕРАЦИИ ВАРИКОЗНЫХ ВЕН

Санников А.Б.¹, Шайдаков Е.В.², Беленцов С.М.³

1 - Клиника инновационной диагностики «Медика», Владимир, Россия

2 - Петрозаводский государственный университет, Петрозаводск, Россия

3 - Медицинский центр «Ангио Лайн», Екатеринбург, Россия

Целью исследования стало определение частоты, степени выраженности и возможных факторов риска развития флебитоподобной аномальной реакции (PLAR) после проведения цианоакрилатной облитерации (ЦАО) варикозных вен.

Материал и методы. В основу анализа положены результаты проведения за период с 2017 по 2022 гг. ЦАО варикозных вен у 175 пациентов С2–С3 клинических классов по CEAP. ЦАО проводилось с помощью зарубежного адгезива, представленного в системе «VenaSeal», и отечественного клеевого соединения «Сульфакрилат» (VenoGlue) по стандартизированным методикам. Ультразвуковое дуплексное сканирование перед операцией и в различные сроки наблюдения выполнялось всем пациентам. Оценка частоты и степени выраженности PLAR после манипуляций проводилась в разные сроки в соответствии с разработанной визуальной аналоговой шкалой флебита (VAPS), в основу которой был положен бальный принцип оценки степени выраженности боли и зуда, гиперемии и инфильтрации мягких тканей вдоль окклюзированных вен, системной аллергической реакции.

Результаты. Проведенные исследования позволили установить, что PLAR различной степени выраженности развивается после проведения ЦАО варикозных вен в среднем у 36% пациентов через 24 часа вне зави-

симости от типа используемого адгезива. Протяженность проведения ЦАО является статистически значимым фактором риска развития PLAR, которая отмечается в 56% случаев при проведении ЦАО всего магистрального ствола БПВ, в 28% случаев при ЦАО в пределах бедра и только в 7% наблюдений при проведении ЦАО, ограниченной проксимальной частью БПВ. При этом степень выраженности PLAR по шкале VAPS соответствует $2,27 \pm 1,85$; $1,44 \pm 0,16$; $0,63 \pm 0,12$ баллам. Наибольшая степень выраженности PLAR среди пациентов с протяженной ЦАО в 100% наблюдений отмечалась на голени, где магистральный ствол БПВ, располагаясь в 50% случаев надфасциально, максимально приближен к коже. Также в 100% наблюдений PLAR развивалась при изолированной ЦАО вен в бассейне передней добавочной (арочной) вены на голени, среди которых у 63,6% пациентов степень выраженности PLAR соответствовала интенсивности 4–6 баллов, а у 36,4% – 6–7 баллам. Во всех этих случаях окклюзированные сегменты вен располагались надфасциально, прилежали непосредственно к коже, то есть толщина жировой прослойки между веной и кожей составляла меньше сантиметра. Во всех случаях развития PLAR пациентам назначались нестероидные противовоспалительные средства в стандартной дозировке, с помощью которых все нежелательные явления были купированы к 7–10 дню. Статистических отличий в частоте развития

PLAR в зависимости от диаметра БПВ получено не было. Развитие PLAR вне зависимости от степени выраженности не влияло

на полноту окклюзии целевых вен, которая в перспективе до 3 лет составила в среднем 96% случаев.

Заключение. Полученные к настоящему времени данные по изучению частоты, степени выраженности и факторов, способных повысить риски развития PLAR после проведения ЦАО варикозных вен, позволяют сформулировать следующие выводы. 1. Развитие PLAR после проведения ЦАО варикозных вен встречается более чем у одной трети пациентов. 2. В подавляющем числе случаев PLAR на протяжении первых 7–10 дней носит умеренный характер и не наносит вреда здоровью. 3. Среди факторов, влияющих на повышение риска развития PLAR, можно выделить протяженность окклюзии, проведение ЦАО на голени, надфасциальное расположение вен и приближенность их к кожному покрову.

ТОТАЛЬНАЯ ЭВЛК РАСШИРЕННЫХ НЕЭСТЕТИЧНЫХ ВЕН НА КИСТИ

Семенов А.Ю., Федоров Д.А.

Медицинский Инновационный Флебологический Центр, Москва, Россия

Введение. Для удаления крупных неэстетичных вен на руках в настоящее время применимы методики эндовенозной лазерной коагуляции, склеротерапии и различные модификации минифлебэктомии. Преимуществами лазерных методов являются прецизионность воздействия, высокая эффективность, меньший риск травматизации тканей и осложнений. Использование нами лазерного генератора с длиной волны 1940 нм позволяет добиваться всех вышеперечисленных эффектов за счет снижения необходимой мощности воздействия при сохранении высокой эффективности лазерной облитерации.

Материалы и методы. В 2022–2023 годах в Московском «Медицинском Инновационном Флебологическом Центре» выполнено 5 процедур тотальной лазерной коагуляции расширенных вен на кисти. Для процедуры использовались катетеры 20G и торцевые световоды 365 нм. Энергия воздействия со-

ставляла 5 Вт, тракция проводилась в ручном режиме 1 мм/с (LEED 50 Дж/см).

Результаты. В пилотное исследование вошли 2 мужчин и 3 женщины в возрасте от 23 до 45 (37 ± 6) лет. Окклюзия целевых вен наблюдалась в 100% случаев на всех сроках наблюдения (2 дня, 1 и 6 месяцев). Резорбция целевых вен отмечена у всех пациентов. У 1 пациента отмечался преходящий отек кисти на 2–3 сутки после процедуры, связанный с нарушением правил использования компрессионного трикотажа. У 1 пациентки отмечена мягкая гиперпигментация, самостоятельно разрешившаяся к 6 месяцу после процедуры.

Выводы. Использование лазерного генератора с длиной волны 1940 нм для устранения неэстетичных расширенных вен на кисти в пилотном исследовании показывает хорошую эффективность и безопасность процедуры.

КАВА-ФИЛЬТРЫ: УРОКИ ИССЛЕДОВАНИЯ PRESERVE И ИХ СОПОСТАВЛЕНИЕ С НАШЕЙ РЕАЛЬНОЙ ПРАКТИКОЙ

**Фокин А.А., Владимирский В.В., Уфимцев М.С., Сазанов А.В.,
Зайцев С.С., Роднянский Д.В.**

ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России, Челябинск, Россия

Многолетнее использование противоэмболических кава-фильтров (КФ) сопровождается традиционными вопросами. Главный из них – снижается ли при этом частота эмболии легочной артерии и смертность от неё? Принято считать, что все исследования по КФ носят ограниченный характер и обладают низким уровнем доказательности. Нормативные документы диктуют превосходство по эффективности и безопасности антикоагулянтной терапии (АКТ). Количество имплантируемых КФ между тем уменьшается незначительно.

Все проводимые исследования применения КФ носили сравнительный характер, и их результаты в той или иной степени оказывали влияние на клиническую практику. Опубликованное в мае 2023 г. исследование PRESERVE – The PREDicting the Safety and Effectiveness of InferioR Vena cava filters (мультицентровое – 54 учреждения США, проспективное, нерандомизированное) – оказалось первым отражением состояния реальной практики в этом разделе хирургической профилактики ВТЭО и полученных результатов на большом материале (1429 пациентов) при длительных сроках (период исследования 41 месяц, наблюдение за конкретными больными до 24 месяцев). Было сделано заключение, что имплантация КФ у больных с ВТЭО ассоциируется с низкой частотой осложнений процедуры, низкой частотой последующих венозных тромбозов и тромбоэмболии легочной артерии.

Мы сопоставили конкретные показатели с результатами 4 ангиохирургических отделений г. Челябинска, различных по организации работы и источникам финансирования. Основные исходные различия были в принципиальном определении показаний к имплантации КФ при наличии противопоказаний к АКТ или осложнений ее проведения – 81,6% в обсуждаемом исследовании и 44,4% в наших условиях. Извлекаемость КФ почти не отличалась – 44,5% и 43,2% соответственно. Частота осложнений процедуры и ВТЭО в постимплантационном периоде была низкой и не имела значимых различий. Летальности, обусловленной ими, не было.

Таким образом, имплантация противоэмболического КФ является безопасной и эффективной процедурой, притом что АКТ остается в этих ситуациях основополагающим методом лечения и профилактики. Основной извлеченный нами урок – в реальной практике имеет место преувеличение роли эмбологенной структуры тромба, не всегда проводится полноценная индивидуальная оценка эффективности АКТ с учетом комплекса факторов возникновения ВТЭО и ограничений АКТ. Остается глобально неуточненным вопрос о медикаментозной поддержке имплантированного КФ при невозможности полноценного лечения антикоагулянтами. Мы для этого используем редуцированные, профилактические дозы низкомолекулярных гепаринов.

СРАВНЕНИЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ ВЕНОЗНОЙ СТЕНКИ ПРИ МЕХАНО-ХИМИЧЕСКОЙ И ЦИАНОАКРИЛАТНОЙ ОБЛИТЕРАЦИИ ВЕН В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

Юхневич К.С.¹, Агаларов Р.М.², Маркин С.М.³, Мазайшвили К.В.²

1 - ООО «АНТИРЕФЛЮКС-СУРГУТ», Сургутская городская клиническая поликлиника №4

2 - ООО «АНТИРЕФЛЮКС-СУРГУТ», Сургут, Россия

3 - ФГБУЗ Санкт-Петербургская клиническая больница РАН, Санкт-Петербург, Россия

Цель. Провести сравнительное изучение морфологических изменений в венозной стенке, вызванных механохимической и цианоакрилатной облитерацией.

Материалы и методы. В качестве экспериментальной модели был выбран малый рогатый скот (овцы) по причине сопоставимости размеров магистральных подкожных вен у этих животных и человека. Объем выборки составил 15 голов. Средний возраст животных составлял $11 \pm 1,7$ месяцев. Средняя масса тела – $32 \pm 3,3$ кг. Средний диаметр подкожной вены, запланированной под облитерацию, колебался около $4 \pm 0,5$ мм. За сутки до проведения эксперимента животные были осмотрены ветеринарным врачом, взята кровь на общий анализ и бруцеллез. Все животные признаны соматически здоровыми. Каждому животному присвоен идентификационный номер методом биркования. Каждому животному выполнено 2 варианта НТНТ: механохимическая облитерация системой Flebogrif, цианоакрилатная облитерация системой Venaseal. Процедуры были проведены в строгом соответствии с инструкцией производителя. Рандомизация конечности под конкретную методику проводилась методом конвертов. Все процедуры проводились под общей анестезией, для этого использовалось внутримышечное введение ксилазина гидрохлорида. Расчет дозировки выполнялся по массе тела животного. В качестве премедикации за 30 минут до процедуры подкожно вводили атропина сульфат и метоклопрамид. Целевыми вена-

ми являлись подкожные вены предплечья и голени. Доступ к вене осуществлялся через разрез кожи длиной до 20 мм в дистальной области предплечья и голени.

Результаты. Всего выполнено 27 вмешательств. В 3 случаях отмечена техническая неудача при выполнении доступа к вене (диаметр вены менее 2 мм). В одном случае при механохимической облитерации отмечено повреждение вены (при секции были обнаружены только мелкие фрагменты, непригодные для анализа). Успех достигнут в 23 случаях: 12 механохимических облитераций системой «Flebogrif», 11 цианоакрилатных облитераций системой «Venaseal». На первые сутки из эксперимента было выведено 3 животных. Было получено 12 вен: по 3 образца для каждого метода. Было проведено гистологическое исследование полученных образцов венозной стенки. В обоих образцах НТНТ общая структура стенки вены сохранена, однако интима практически отсутствует. В образце «Venaseal» обращает на себя внимание мукоидное набухание меди и выраженная диффузная сегментоядерная инфильтрация меди и адвентициальной оболочки. В просвете вены клей. В образце механохимической облитерации интима также отсутствует, а диффузная сегментоядерная инфильтрация всех слоев стенки вены почти такая же, как и в сравниваемом образце. После НТНТ происходит неполное (частичное) повреждение эндотелиальной выстилки. Статистически значимого отличия между

группами не выявлено. Глубина повреждения венозной стенки при НТНТ ограничена в основном эндотелием с незначительным вовлечением в процесс меди. Обращает на себя внимание неоднородность глубины поражения стенки вены. Отличия между «Venaseal» и «Flebogrif» статистически незначимы. Спустя 5 часов после воздействия на стенку вены НТНТ выявлена выраженная инфильтрация меди лейкоцитами. Причем она распространяется до половины сегментов (прилегающих к интима) венозной стенки. Значимых отличий между «Flebogrif» и «Venaseal» не выявлено. Медиана денатурации составила только 72,5% (min 48,

max 95). При этом 75 процентелей денатурации коллагена включили в себя 93,5% от объема коллагена венозной стенки. Значимых отличий между группами НТНТ не выявлено.

Выводы. 1. Повреждения венозной стенки при НТНТ ограничены интимой и медией и носят частичный характер. 2. В раннем послеоперационном периоде наблюдается выраженная лейкоцитарная инфильтрация меди венозной стенки при НТНТ. 3. Денатурация коллагена венозной стенки при НТНТ колеблется в широком диапазоне с медианой 72,5%.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ЗАЖИВЛЕНИЯ ВЕНОЗНЫХ ТРОФИЧЕСКИХ ЯЗВ. ВОЗМОЖНО ЛИ ЭТО

Якушкин С.Н.¹, Евсюков А.А.²

1 - Медицинский центр Елены Малышевой, Москва, Россия

2 - Клиника Swiss beauty, Москва, Россия

Введение. Лечение трофических язв до сих пор остается сложным и долгим процессом. Нередко даже после коррекции венозной гемодинамики не удается достичь полного заживления на консервативном лечении, и зачастую это затягивается на месяцы и даже годы. Резистентные к консервативной терапии трофические язвы должны подвергаться хирургическому вмешательству, одним из которых является Shave-терапия в сочетании с аутодермопластикой. Но, к сожалению, чаще всего хирургия по каким-либо причинам откладывается в надежде на консервативное лечение.

Цель. Выявить возможность прогнозирования заживления трофических язв с применением специальных шкал.

Материалы и методы. Имея уже достаточный опыт лечения трофических язв, мы в своей практике начали использовать разработанную нами специальную шкалу прогнозирования их заживления. Данная шкала включает 5 параметров – возраст пациента, размер трофической язвы, длительность ее существования, стадию раневого процесса и состояние окружающих тканей. В каждом параметре 5 пунктов, а каждому пункту присвоены баллы. Минимальное количество баллов – 4, максимальное – 28. Шкала не применима к ишемическим язвам и язвам при синдроме диабетической стопы. Кроме того, шкала предполагает в обязательном порядке коррекцию

венозной гемодинамики всеми доступными способами. Заполнение шкалы не требует много времени и применяется всем первичным пациентам с трофическими язвами.

Основной задачей, которую ставили перед собой при создании данной шкалы, стало показать, насколько реальна при ее использовании индивидуальная оценка прогноза заживления трофической язвы консервативным путем, либо не тратить на это время и перейти к хирургии. Шкала прогнозирования заживления венозных трофических язв использована на 25 пациентах. Результатом подсчета баллов мы определили 3 категории: 4–12 баллов (высокая вероятность консервативного заживления), 13–17 баллов (низкая вероятность заживления на консервативном лечении) и 18–28 баллов (очень низкий, практически нулевой прогноз консервативного заживления).

Результаты. Использование данной шкалы помогает индивидуально оценить прогноз заживления трофической язвы консервативным путем, либо не тратить на это время и перейти к хирургии.

Выводы. Шкала прогнозирования заживления трофической язвы может помочь сэкономить драгоценное время у большинства пациентов, однако потребуется время для исследования данной шкалы на большем клиническом материале.

Шкала прогнозирования заживления венозных трофических язв

Каждый фактор +1 балл	Каждый фактор +2 балла	Каждый фактор +3 балла	Каждый фактор +4 балла	Каждый фактор +5 баллов
<input type="checkbox"/> Возраст 18–30 лет <input type="checkbox"/> Размер до 10 см ² <input type="checkbox"/> Длительность до 1 года	<input type="checkbox"/> Возраст 31–45 лет <input type="checkbox"/> Размер язвы 11–30 см ² <input type="checkbox"/> Длительность 1–3 года	<input type="checkbox"/> Возраст 46–60 лет <input type="checkbox"/> Размер язвы 31–100 см ² <input type="checkbox"/> Длительность 3–5 лет	<input type="checkbox"/> Возраст 61–80 лет <input type="checkbox"/> Размер язвы 101–200 см ² <input type="checkbox"/> Длительность 5–10 лет	<input type="checkbox"/> Возраст > 80 лет <input type="checkbox"/> Размер язвы более 200 см ² <input type="checkbox"/> Длительность >10 лет
Стадия раневого процесса	Стадия раневого процесса			
<input type="checkbox"/> Грануляция <input type="checkbox"/> Эпителизация	<input type="checkbox"/> Некроз <input type="checkbox"/> Фибрин <input type="checkbox"/> Инфекция			
Состояние окружающих тканей				
<input type="checkbox"/> Отёк <input type="checkbox"/> Пигментация <input type="checkbox"/> Липодерматосклероз <input type="checkbox"/> Рубцовая деформация или белая атрофия <input type="checkbox"/> Экзема или периульцерозное воспаление	<p>Итого _____</p> <p>4–12 баллов: высокая вероятность заживления трофической язвы на фоне ее консервативного лечения после полного или частичного устранения причины.</p> <p>13–17 баллов: низкая вероятность заживления трофической язвы на фоне ее консервативной терапии даже после полного или частичного устранения причины. Если в течение 4 недель после начала лечения нет положительной динамики в заживлении или динамика заживления медленная, тогда стоит подумать о хирургическом лечении.</p> <p>18–28 баллов: очень низкий, практически нулевой прогноз заживления трофической язвы на консервативной терапии даже после полной или частичной коррекции гемодинамики и устранения причин. Пациента необходимо сразу готовить к хирургическому закрытию язвы, а консервативное лечение используется для подготовки язвенного дефекта к хирургии. Временные параметры подготовки могут варьировать от 2 недель до 2 месяцев.</p>			

КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ДВУХЭТАПНОМУ ВМЕШАТЕЛЬСТВУ НА ВАРИКОЗНЫХ ВЕНАХ

Борсук Д.А., Фокин А.А.

ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Минздрава РФ,
Челябинск, Россия

Введение. Целью настоящей работы стал комплексный анализ двухэтапной тактики – изолированной эндовенозной лазерной облитерации (ЭВЛО) магистральной поверхностной вены с последующей оценкой оставленных супрафасциальных притоков и их ликвидацией в случае необходимости.

Материал. Анализу подвергнуты результаты лечения 374 больных, которые перенесли 420 ЭВЛО магистральных поверхностных вен.

Результаты. К шестому месяцу наблюдения на 98 (23,3%) конечностях отмечен полный регресс рефлюкса по притокам магистральных вен и отличный косметический результат, позволяющий отнести их к С 0–1 классу по CEAP. В 265 (63,1%) случаях определено значительное уменьшение количества притоков или их диаметра. На 57 (13,6%) конечностях клинического улучшения не наблюдалось. С целью персонализации данного подхода нами были выделены критерии, на которые можно ориентироваться при выборе одномоментного или последовательного вмешательства:

- предпочтение пациента после разъяснения всех преимуществ и недостатков обеих тактик;
- диаметр расширенных притоков;
- количество расширенных притоков;
- локальная специфика притоков – количество подкожно-жировой клетчатки в этой области, истонченность венозной стенки, наличие флебэктазий;

- наличие трофических расстройств кожи, отека, язвенных дефектов (класс по CEAP);
- соматическая отягощенность;
- место жительства (удаленность от клиники, возможность приезжать на контрольные осмотры и последующие процедуры);
- локализация притоков (бедро/область колена/голень/стопа);
- причина обращения (внешний вид/симптомы/риск осложнений);
- отношение пациента к эстетическому компоненту (могут оказывать влияние пол, возраст);
- венозные тромбозы/эмболические осложнения в анамнезе;
- болевой порог;
- время года (средняя температура воздуха);
- толерантность к эластической компрессии;
- наличие аллергических реакций в анамнезе;
- наличие опыта изолированной термооблитерации у лечащего врача.

Выводы. Тактика изолированной облитерации магистральных поверхностных вен имеет ряд преимуществ. Полноценный регресс притоков отмечается на 23,3% конечностей к шестому месяцу наблюдения. В 63,1% случаев определяется значительное уменьшение количества притоков или их диаметра. Подобный подход должен применяться индивидуально после комплексной и разносторонней оценки клинической ситуации с учетом всех аспектов, способных оказать влияние на удовлетворенность пациента проведенным лечением.









17-Й САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ ВЕНОЗНЫЙ ФОРУМ

РОЖДЕСТВЕНСКИЕ ВСТРЕЧИ

27-29.11.2024

*Приглашаем
Вас на форум!*



Полезные ресурсы во флебологии

Доступно для всех практикующих флебологов

[Российские клинические рекомендации по диагностике и лечению S1 клинического класса хронических заболеваний вен \(ретикулярный варикоз и телеангиэктазии\) 2020 года](#)

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

[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.
- Консенсус «Венозно-лимфатическая ПРАВДА», подготовленный для печати в качестве информационного материала для пациентов флебологических клиник.
- 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 благотворительный взнос](#)

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 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.



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 3
№4, 2023

Vol. 3
№4, 2023

Учредитель и издатель:

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

Главный редактор:

Д.А. Борсук, д.м.н.

Издается по решению
Совета Национальной коллегии флебологов с 2021 г.

Свидетельство о регистрации
средства массовой информации
в Федеральной службе по надзору в сфере
связи, информационных технологий и массовых
коммуникаций ЭЛ № ФС 77-83140 от 11.04.2022 г.

Периодичность: 4 выпуска в год

454091, г. Челябинск, ул. Пушкина, д. 50
Телефон: +7 (963) 0 777 333
Сайт журнала: phlebology-today.ru
E-mail: secretariat@phlebology-sro.ru

**Журнал распространяется по базе данных
Национальной коллегии флебологов
и через платформу Elibrary.**

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

*При перепечатке материалов ссылка на журнал
«ФЛЕБОЛОГИЯ СЕГОДНЯ»*

Бюллетень Национальной коллегии флебологов» обязательна.

Ответственность за достоверность информации,
содержащейся в рекламных материалах,
несут рекламодатели.