



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

Склеротерапия вен нижних конечностей: показания, противопоказания и лечебные подходы для профилактики осложнений – согласительный документ Международного общества флебологов 2023 года

Русскоязычная версия

Sclerotherapy of lower limb veins: Indications, contraindications and treatment strategies to prevent complications – A consensus document of the International Union of Phlebology-2023



Mandy Wong¹, Kurosh Parsi^{2,3,4,5} , Kenneth Myers⁵ , Marianne De Maeseneer⁶ , Joseph Caprini⁷ , Attilio Cavezzi⁸ , David E Connor^{2,3,4} , Alun H Davies⁹ , Sergio Giancesini¹⁰ , Jean-Luc Gillet¹¹, Louis Grondin¹², Jean-Jérôme Guex¹³, Claudine Hamel-Desnos¹⁴ , Nick Morrison¹⁵ , Giovanni Mosti¹⁶ , Alvaro Orrego¹⁷, Hugo Partsch¹⁸ , Eberhard Rabe¹⁹ , Pauline Raymond-Martimbeau²⁰, Michel Schadeck²¹, Roberto Simkin²², Lorenzo Tessari²³, Paul K Thibault^{5,24} , Jorge H Ulloa²⁵, Mark Whiteley²⁶ , Takashi Yamaki²⁷, Steven Zimmet²⁸, Mina Kang^{2,3,4} , Selene Vuong⁴, Anes Yang^{2,4} and Lois Zhang^{2,3,4}

Склеротерапия – инъекционная процедура, применяемая для лечения варикозного расширения поверхностных вен, пороков развития сосудов и других эктатических сосудистых поражений. Несмотря на то, что тяжелые осложнения склерооблитерации встречаются крайне редко, их развитие является серьезной проблемой для пациентов и врачей.

Представленный документ разработан Международной междисциплинарной группой с целью обоснованной классификации противопоказаний к склеротерапии. Авторы проанализировали опубликованные научные данные либо достигли консенсуса, если доказательства отсутствовали или были ограничены.

В результате были выработаны абсолютные противопоказания к склеротерапии, когда риск опасных для жизни осложнений или других очень серьезных побочных эффектов превышает любую пользу от вмешательства, а также относительные противопоказания, при которых вероятность развития осложнений повышена, однако потенциальная польза от предполагаемого лечения превышает его риски, или данные риски могут быть снижены определенными мерами.

Убедительность (сила) и уровень достоверности доказательств тезис-рекомендаций ранжировались согласно системе Европейского общества кардиологов, принятой Европейским обществом сосудистых хирургов и Национальной коллегией флебологов ([см. подробнее](#)). Документ не является нормативно-правовым актом для специалистов из России, однако, несомненно, имеет высокий научный интерес.

Рекомендации относятся только к склеротерапии при заболеваниях поверхностных вен нижних конечностей с применением жидких или вспененных препаратов, вводимых под визуальным или ультразвуковым контролем, самостоятельно или в сочетании с другими процедурами, и не применимы для иных показаний, других участков тела или к особым технологиям, в частности к определенным вариантам нетермических нетумесцентных вмешательств с использованием склерозантов.

Ниже представлен только список подготовленных тезис-рекомендаций. Полный текст документа на английском языке традиционно можно скачать в личном кабинете на сайте Национальной коллегии флебологов в разделе [Международные клинические рекомендации](#).

1. АБСОЛЮТНЫЕ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ

1.1. Гиперчувствительность к склерозирующим препаратам

1.1.1. Анафилаксия в анамнезе

А. Пациентам с установленной анафилаксией/анафилактоидной реакцией на склерозант в анамнезе не следует выполнять последующую склеротерапию с применением того же препарата или подобных средств, содержащих аналогичное склерозирующее вещество.

III A

Б. Бронхиальная астма, гиперчувствительность и мастоцитоз (см. 2.5.1 «Относительные противопоказания»).

III B

1.1.2. Бронхиальная астма, гиперчувствительность и мастоцитоз

У пациентов с высоким риском анафилаксии:

А. Склеротерапия может быть рассмотрена только в том случае, если другие варианты лечения не показаны или не доступны, и только если вмешательство на венах выполняется по медицинским, а не по косметическим показаниям.

I B

Б. Рекомендована консультация аллерголога, иммунолога или анестезиолога перед склеротерапией с целью составления плана лечения перипроцедурной гиперчувствительности.

I C

В. Целесообразен перипроцедурный сердечно-сосудистый мониторинг под контролем анестезиолога или квалифицированного в отношении лечения анафилаксии врача.

I C

1.1.3. Условия медицинской помощи и квалификация персонала

А. Учреждения, где выполняется склеротерапия и другие вмешательства на венах, должны быть оснащены лекарствами и оборудованием, необходимыми для лечения анафилаксии и других неотложных состояний.

I B

Б. Врачи, выполняющие склеротерапию, должны пройти базовую (или выше) подготовку по реанимации и иметь немедленный доступ к реанимационному оборудованию и необходимым лекарственным средствам. Медицинский персонал должен быть обучен действиям в чрезвычайных ситуациях.

I B

1.2. Острые венозные тромбоэмболические осложнения (ВТЭО)

1.2.1. Тромбоз глубоких вен (ТГВ) и тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА)

Склеротерапию не следует выполнять в течение как минимум 12 недель с момента диагностики ТГВ или ТЭЛА.

III C

1.2.2. Острый тромбоз поверхностных вен (ТПВ)

Склеротерапию не следует выполнять в течение как минимум 6 недель с момента диагностики распространенного ТПВ или 2 недель после ограниченного ТПВ.

III C

1.2.3. Антикоагулянты

Терапевтическую или профилактическую антикоагуляцию по соответствующим показаниям возможно начинать перед склеротерапией и продолжать во время ее выполнения.

III A

1.2.4. Экстренная склеротерапия

У пациентов, получающих антикоагулянтную терапию после ВТЭО, ограниченная склеротерапия может быть рассмотрена в качестве методики лечения локального кровотечения из вен или при варикозном расширении с выраженной симптоматикой.

IIb C

1.3. Тяжелые неврологические или сердечно-сосудистые побочные эффекты

См. 2.3.2.

1.4. Острые системные заболевания, инфекции или неконтролируемые хронические болезни

Пациентам с острыми системными заболеваниями, инфекциями или неконтролируемыми хроническими болезнями не следует рутинно выполнять склеротерапию.

III C

1.5. Заболевания периферических артерий

1.5.1. Критическая ишемия нижних конечностей

Пациентам с критической ишемией нижних конечностей, диагностированной по типичным клиническим признакам, лодыжечно-плечевому индексу (ЛПИ) <0,5 или систолическому давлению на стопе <50 мм рт. ст., не следует выполнять склеротерапию.

III B

1.5.2. Заболевания периферических артерий средней степени тяжести

У пациентов с заболеваниями периферических артерий средней тяжести, диагностированными на основании клинических проявлений, ЛПИ 0,5–0,8 или давления на стопе 60–100 мм рт. ст., проведение склеротерапии может быть рассмотрено в том случае, если после нее не планируется применение избыточной компрессии.

IIb B

1.5.3. Сочетанные артериальные и венозные заболевания

Сочетанные артериально-венозные язвы при ЛПИ $>0,5$ целесообразно лечить путем первичного устранения поверхностного венозного рефлюкса с последующим решением вопроса о необходимости эндоваскулярного или открытого вмешательства по поводу артериальной патологии.

IIb B

2. ОТНОСИТЕЛЬНЫЕ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ

2.1. Беременность, послеродовой период и грудное вскармливание

2.1.1. Беременность

А. Не следует выполнять склеротерапию рутинно во время беременности в связи с ограниченными данными в отношении ее безопасности.

III C

Б. Проведение склеротерапии во время беременности может быть рассмотрено в исключительных случаях: локализованные кровоточащие вены или варикоз с выраженной симптоматикой, не поддающийся консервативной терапии или при невозможности применения других методов лечения.

IIb C

С. Если склеротерапия проводится во время беременности, низкомолекулярные гепарины являются наиболее предпочтительными препаратами при необходимости профилактики ВТЭО.

IIb C

2.1.2. Послеродовой период

А. Рутинно склеротерапию не следует выполнять в течение 3 месяцев после родов.

III C

Б. Проведение склеротерапии в послеродовом периоде может быть рассмотрено в исключительных случаях: локализованные кровоточащие вены или варикоз с выраженной симптоматикой, не поддающийся консервативной терапии или при невозможности применения других методов лечения.

IIb C

2.1.3. Грудное вскармливание

А. Кормящим матерям не следует выполнять склеротерапию по немедицинским показаниям.

III C

Б. При наличии медицинских показаний к склеротерапии у кормящей матери грудное молоко следует сцеживать и не использовать в течение 2 дней после процедуры, а также перед возобновлением грудного вскармливания.

I C

2.2. Риск развития ВТЭО

2.2.1. Тромбопрофилактика

- А.** Перед проведением вмешательств на венах, включая склеротерапию, следует оценить индивидуальный риск ВТЭО и сопоставить его с рисками применения антикоагулянтов. **I C**
- Б.** Для индивидуальной оценки риска развития ВТЭО может быть рассмотрено использование различных инструментов, в частности шкала Каприни, в зависимости от стандартов учреждения, предпочтений лечащего врача и доступности. **IIb C**
- В.** У пациентов с индивидуально высоким риском ВТЭО или при планировании вмешательств высокого риска может быть целесообразно проведение гематологических исследований для стратификации риска и назначения периоперационной профилактики. **IIa C**
- Г.** При наличии показаний тромбопрофилактику следует проводить с использованием соответствующих механических и фармакологических методов. **I C**

2.2.2. Особенности вмешательства в отношении риска развития ВТЭО

- Следует оптимизировать особенности вмешательства, включая ультразвуковую навигацию, технику инъекций, объем и концентрацию склерозанта, с целью снижения риска развития ВТЭО. **I C**

2.2.3. ВТЭО в анамнезе

Если у пациента ранее были эпизоды ВТЭО:

- А.** Обстоятельства предыдущего ВТЭО, его тяжесть, исход, результаты соответствующих гематологических исследований, известные факторы риска, локализация тромбоза, сведения об антикоагулянтной терапии должны быть получены и задокументированы. **I C**
- Б.** Необходимо выполнить ультразвуковое дуплексное сканирование (УЗДС) для идентификации резидуальной обструкции глубоких вен. **I C**
- В.** Для определения постоянных факторов риска рецидива ВТЭО рекомендовано гематологическое обследование. **I C**
- Г.** Рутинная склеротерапия не должна предлагаться до момента устранения идентифицированных факторов риска ВТЭО (см. А–В) и перехода пациента в группу незначительного или низкого риска рецидива ВТЭО. **III C**
- Д.** Если планируется выполнение склеротерапии, применение таких инструментов оценки, как шкала Каприни, может быть рассмотрено для определения потребности в тромбопрофилактике. **IIb C**

2.2.4. Семейный анамнез ВТЭО

При наличии семейного анамнеза ВТЭО:

А. Следует собрать информацию об обстоятельствах развития ВТЭО и о результатах гематологических исследований членов семьи с последующей оценкой возможного значения этих данных для тактики ведения пациента.

I C

Б. Перед венозными вмешательствами может быть целесообразно проведение гематологических исследований, особенно при наличии ВТЭО у более чем одного родственника первой линии родства, и если ВТЭО развилось в возрасте менее 50 лет.

IIb C

В. Если планируется выполнение склеротерапии, применение таких инструментов оценки, как шкала Каприни, может быть рассмотрено для определения потребности в тромبوпрофилактике и ее продолжительности.

IIb C

2.2.5. Наследственные и приобретенные тромбофилии

А. Не рекомендуется проводить рутинное обследование на тромбофилию перед венозными вмешательствами.

III A

Б. Пациентам с известными тромбофилиями возможно выполнение рутинной склеротерапии, но использование соответствующей тромبوпрофилактики, включая антикоагуляцию, может быть рассмотрено в зависимости от общего риска ВТЭО (см. 2.2.1).

IIb B

2.2.6. Активное злокачественное новообразование

Пациентам с активным злокачественным новообразованием:

А. Не следует выполнять рутинную склеротерапию.

III B

Б. Возможно проведение склеротерапии по медицинским показаниям, при этом тромبوпрофилактика, включая антикоагуляцию, должна быть рассмотрена в зависимости от общего риска ВТЭО (см. 2.2.1).

IIb B

2.2.7. Иммобилизация

При длительной иммобилизации или у прикованных к постели пациентов:

А. Не следует выполнять рутинную склеротерапию.

III C

Б. Возможно проведение склеротерапии по медицинским показаниям, при этом тромبوпрофилактика, включая антикоагуляцию, должна быть рассмотрена в зависимости от общего риска ВТЭО (см. 2.2.1).

IIb C

2.2.8. Длительные путешествия

Длительные путешествия – это непрерывные поездки продолжительностью более 6 часов или более 10 000 км.

А. Рутинно склеротерапию не следует выполнять в течение 2 недель до и после длительного путешествия. III C

Б. При необходимости совершить непредвиденное длительное путешествие в течение 2 недель после склеротерапии все или некоторые из представленных профилактических мер могут применяться на усмотрение лечащего врача:

а. Перед поездкой с целью исключения ТГВ следует провести двухстороннее УЗДС вен нижних конечностей. IIb C

б. Использование профилактических доз антикоагулянтов в день поездки и в течение как минимум 2 дней после прибытия к месту назначения. IIb C

в. Механическая профилактика и общие меры, включая применение компрессионного трикотажа, активный двигательный и адекватный питьевой режимы. IIb C

С. Если склеротерапия необходима по медицинским показаниям в течение 2 недель после длительного путешествия, все или некоторые из представленных профилактических мер могут применяться на усмотрение лечащего врача:

а. Перед склеротерапией с целью исключения ТГВ следует провести двухстороннее УЗДС вен нижних конечностей. IIb C

б. Профилактическая антикоагуляция в день склеротерапии и на протяжении 1 недели после вмешательства. IIb C

в. Механическая профилактика, в частности использование компрессионного трикотажа. IIb C

2.2.9. Экзогенные эстрогены

См. 3.2.1.

2.3. Риск неврологических побочных эффектов

2.3.1. Скрининг на наличие открытого овального окна (ООО)

А. Перед венозными вмешательствами рутинный скрининг на выявление ООО не требуется. III C

Б. Скрининг на предмет ООО следует проводить у пациентов с наличием в анамнезе криптогенного инсульта, эмболического инсульта, случайных находок при магнитно-резонансной томографии, характерных для инсульта, эпизодов артериальной эмболии, ТГВ с парадоксальной тромбоемболией, кессонной болезни, синдрома платипноэ с ортодеоксией и других ситуаций, характерных для сброса крови справа-налево. I A

2.3.2. (А) Неврологические побочные эффекты, связанные со склеротерапией

Серьезные неврологические осложнения (инсульты, транзиторные ишемические атаки (ТИА) и эпилептические припадки).

А. Пациенты с серьезными неврологическими побочными эффектами в анамнезе, такими как ТИА или инсульт во время склеротерапии, или самостоятельно связанными с ООО, не должны подвергаться последующей склеротерапии.

III B

Легкие и преходящие неврологические события (зрительные, сенсорные и речевые нарушения, мигрень с наличием или отсутствием ауры).

Б. Пациентам с наличием в анамнезе преходящих неврологических или сердечно-сосудистых побочных эффектов после склеротерапии:

а. Не следует выполнять последующую склеротерапию с применением предыдущих методик.

III C

б. Следует пройти неврологическое/кардиологическое обследование и получить заключение в отношении возможности любой последующей склеротерапии.

I C

в. Следует предложить альтернативные методы лечения и поинтересоваться вторым мнением другого флеболога.

I C

г. Возможно проведение последующей склеротерапии с учетом вышеизложенных пунктов б,в и после соответствующей модификации и оптимизации техники выполнения процедуры.

IIb C

2.3.2. (Б) Открытое овальное окно

Установленное симптоматическое ООО.

А. Пациентам с диагностированным ООО, ассоциированным с преходящими неврологическими осложнениями в анамнезе (симптоматическое ООО), не связанными со склеротерапией:

а. Следует получить заключение невролога/кардиолога о возможности выполнения склеротерапии.

I C

б. Следует предложить альтернативные методы лечения, а также поинтересоваться вторым мнением другого флеболога.

I C

в. Возможно проведение склеротерапии с учетом вышеизложенных пунктов а,б и после соответствующей модификации и оптимизации техники выполнения процедуры (см. 2.3.3).

IIb C

Установленное асимптомное ООО.

Б. У пациентов с диагностированным ООО, но без каких-либо клинически значимых событий (асимптомное ООО):

а. Проведение рутинной склеротерапии может быть рассмотрено.

IIb B

б. Следует модифицировать и оптимизировать технику выполнения процедуры (см. 2.3.3).

IIb B

2.3.3. Оптимизация техники

У всех пациентов в независимости от наличия или отсутствия ООО при проведении вмешательств на венах рекомендуется оптимизация техники выполнения процедуры с целью снижения вероятности эмболии газом или тромботическими массами.

I C

2.4. Риск сердечно-сосудистых побочных эффектов

А. У пациентов с заболеваниями сердца и, в частности, при наличии в семейном анамнезе внезапных смертей родственников первой линии родства, рекомендуется провести предоперационный осмотр кардиологом для подтверждения возможности выполнения венозных вмешательств.

I C

Б. Оптимизация техники процедуры для уменьшения осложнений со стороны сердца заключается в тщательном отборе пациентов и подборе склерозанта для уменьшения кардиотоксичности.

III

2.5. Слабо контролируемые хронические системные заболевания

2.5.1. Бронхиальная астма, гиперчувствительность и мастоцитоз

А. Бронхиальная астма, атопия, гиперчувствительность и мастоцитоз являются относительными противопоказаниями к склеротерапии, особенно с применением в качестве склерозанта тетрадецилсульфата натрия.

IIb C

Б. Меры предосторожности – см. 1.1.2.

2.5.2. Хронические заболевания почек или печени

А. При необходимости проведения склеротерапии у пациентов с тяжелыми хроническими заболеваниями почек следует использовать методы тромبو-профилактики.

I C

Б. Следует рассмотреть применение методов тромبو-профилактики у пациентов с более легкими формами хронических заболеваний почек, ассоциированных с нефротическим синдромом.

IIa C

В. У пациентов с циррозом печени может быть рассмотрено проведение склеротерапии по медицинским показаниям после консультации с лечащим гепатологом.

IIb C

Г. Общий вводимый объем склерозантов из группы детергентов и, в частности, тетрадецилсульфата натрия следует минимизировать у пациентов с почечной недостаточностью.

IIb C

2.5.3. Морбидное ожирение

А. Пациентам с морбидным ожирением (индекс массы тела ≥ 40 кг/м²) не следует выполнять рутинную склеротерапию.

III C

Б. У пациентов с морбидным ожирением, которым необходимо выполнить склеротерапию по медицинским показаниям или в экстренном порядке, необходимо использовать антикоагулянты в зависимости от общего риска развития ВТЭО и кровотечения.

I C

2.5.4. Склонность к кровотечениям

А. Перед проведением склеротерапии необходимо выявлять пациентов с нарушениями свертывающей системы крови в анамнезе, склонностью к кровотечениям или принимающих препараты или биологически активные добавки, влияющие на гемостаз.

I C

Б. Биологически активные добавки, нарушающие функцию тромбоцитов, такие как омега-3, следует отменить как минимум за 10 дней перед склеротерапией кожных вен.

IIb C

В. Ацетилсалициловая кислота и другие антиагреганты, назначенные по кардиологическим, неврологическим или другим медицинским показаниям, не следует отменять без консультации с назначившим их профильным специалистом.

I C

Г. Возможно изменение техники вмешательства для уменьшения чрезмерного кровотечения из целевых вен во время и сразу после процедуры.

IIb C

2.5.5. Иммунокомпromетированные пациенты и общее плохое состояние здоровья

Иммунокомпromетированным пациентам или тем, кто имеет общее плохое состояние здоровья:

А. Не следует выполнять рутинную склеротерапию по несущественным медицинским показаниям.

III C

Б. В лечебном процессе следует соблюдать дополнительные меры предосторожности, включая повышенную стерильность и антибиотикопрофилактику для предотвращения инфекции или обострения уже имеющегося системного заболевания.

I C

3. ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ И МЕРЫ ПРЕДОСТОРОЖНОСТИ

3.1. Кожный некроз и косметические осложнения

3.1.1. Некроз тканей

А. Некоторые дерматологические заболевания и сосудистые аномалии могут увеличивать риск развития кожных некрозов, изъязвлений и рубцов, ввиду чего подобные пациенты перед склеротерапией должны быть осмотрены соответствующими специалистами.

I B

Б. У пациентов с некрозами кожи после склеротерапии:

а. Следует обсудить возможность отказа от последующей склеротерапии.

I C

б. Следует рассмотреть возможность получения второго мнения и направления к другому специалисту для подбора альтернативного метода лечения.

I C

в. При необходимости продолжения лечения с помощью склеротерапии следует оптимизировать технику проведения процедуры с целью снижения потенциального риска развития новых побочных эффектов подобного характера.

IIa C

3.1.2. Телеангиэктатический мэттинг

А. Пациентов с С1 клиническим классом хронических заболеваний вен (ХЗВ) следует предупреждать о риске развития мэттинга и о том, что при его возникновении косметический дефект может восприниматься более негативно, чем изначальная проблема, по поводу которой обратился пациент.

I C

Б. У пациентов с мэттингом после склеротерапии:

а. Следует обсудить возможность отказа от последующей склеротерапии.

I C

б. Следует рассмотреть возможность получения второго мнения и направления к другому специалисту для подбора альтернативного метода лечения.

I C

в. При необходимости продолжения лечения с помощью склеротерапии следует оптимизировать технику проведения процедуры с целью снижения потенциального риска развития новых побочных эффектов подобного характера.

IIa C

3.1.3. Пигментация

А. У пациентов с болезнями накопления железа в анамнезе, такими как гемохроматоз или порфирии, или с подозрением на высокие запасы железа следует определить уровень сывороточного ферритина и предупредить их о повышенном риске развития пигментаций после склеротерапии.

I C

Б. У пациентов с пигментациями после склеротерапии:

а. Следует обсудить возможность отказа от последующей склеротерапии. **I C**

б. Следует рассмотреть возможность получения второго мнения и направления к другому специалисту для подбора альтернативного метода лечения. **I C**

в. При необходимости продолжения лечения с помощью склеротерапии следует оптимизировать технику проведения процедуры с целью снижения потенциального риска развития новых побочных эффектов подобного характера. **IIa C**

В. Миноциклин может способствовать развитию пигментации кожи, и при отсутствии противопоказаний его прием следует прекратить как минимум за 4 недели перед склеротерапией. **I C**

3.2. Лекарственные средства

3.2.1. Экзогенные эстрогены

Сегодня отсутствует общий консенсус за или против рутинного прекращения приема экзогенных эстрогенов перед склеротерапией.

Тем не менее предлагается следующее:

А. Рутинную склеротерапию не следует выполнять женщинам, принимающим экзогенные эстрогены на фоне известной тромбофилии или при высоком риске развития ВТЭО. **III A**

Б. Всех пациенток следует предупредить о рисках, связанных с приемом экзогенных эстрогенов, в частности, о риске развития ВТЭО. **I A**

В. Перед склеротерапией со всеми пациентками следует обсудить возможность отмены экзогенных эстрогенов и связанные с их приемом потенциально более высокие риски развития побочных эффектов. **I C**

Г. Индивидуальные особенности, включая риск нежелательной беременности и персональный риск развития ВТЭО, должны быть тщательно взвешены, и решение об отмене или продолжении приема экзогенных эстрогенов необходимо принимать в каждом конкретном случае индивидуально на усмотрение лечащего врача и с учетом предпочтений пациентки. **IIa C**

Д. Специалистам не следует выполнять склеротерапию, если их клиническое решение не совпадает с предпочтением пациентки прекратить или продолжить прием экзогенных эстрогенов. **III C**

3.2.2. Тамоксифен и ингибиторы ароматазы

А. Склеротерапию не следует выполнять в первые 2 года терапии тамоксифеном.

III C

Б. Ингибиторы ароматазы третьего поколения не повышают риск развития ВТЭО, и их прием может быть продолжен во время склеротерапии.

IIa C

3.2.3. Дисульфирам

Полидоканол и другие склерозанты на спиртовой основе не следует применять в течение не менее 2 недель после приема дисульфирама.

III C

3.2.4. Миноциклин (и 3.1.3 Б)

Миноциклин может способствовать развитию пигментации кожи, и при отсутствии противопоказаний его прием следует прекратить как минимум за 4 недели перед склеротерапией.

I C

3.2.5. Антикоагуляция (и 1.2.3)

Терапевтическую или профилактическую антикоагуляцию по соответствующим показаниям не следует прекращать перед проведением склеротерапии.

III A

3.3. Психосоциальные факторы и психические заболевания

3.3.1. Боль и тревога

А. Пациентов следует информировать обо всех возможных способах уменьшения боли и тревоги во время венозных вмешательств и направлять к другому специалисту или в другую клинику, если предпочтительный для них вариант недоступен.

I B

Б. Необходимо обсудить возможность отказа от процедуры, в особенности при С1 клиническом классе ХЗВ.

I C

В. Для уменьшения боли во время венозных вмешательств при наличии клинических показаний может быть рассмотрена возможность применения аппликационной анестезии под герметичной повязкой в соответствующей дозе по меньшей мере за 1 час до начала процедуры.

IIb C

Г. Чтобы свести к минимуму тревогу во время венозных вмешательств при наличии клинических показаний возможно рассмотреть применение ингаляционных анксиолитиков.

IIb C

Д. Седация или наркоз не рекомендуются при рутинной склеротерапии у взрослых пациентов.

I C

Е. Возможно рассмотреть применение седации или наркоза в исключительных обстоятельствах, когда склеротерапия выполняется в сочетании с более инвазивными процедурами, при склеротерапии у детей по медицинским показаниям, например, при пороках развития сосудов, или в отдельных случаях у очень тревожных взрослых пациентов, получающих лечение также по медицинским показаниям, когда польза от седации или наркоза однозначно превышает их риски.

III C

Ж. Если процедура выполняется под седацией или наркозом, необходимо осуществлять дыхательный и сердечно-сосудистый мониторинг в соответствии с утвержденными рекомендациями в учреждениях с наличием соответствующей лицензии.

I A

3.3.2. Дисморфофобия и обсессивные расстройства

Просьба устранить кажущиеся незаметными вены или телеангиэктазии может быть проявлением психического расстройства.

А. Рекомендуются направлять подобных пациентов на психиатрическую экспертизу.

I C

Б. Таким пациентам не следует предлагать несрочные венозные вмешательства, в частности эстетическую склеротерапию, так как крайне маловероятно, что они будут удовлетворены косметической составляющей и, что еще хуже, потенциальные осложнения могут спровоцировать отрицательный результат.

III C

3.3.3. Несоблюдение требований и нереалистичные ожидания

А. Склеротерапию не следует начинать пациентам, чья приверженность к лечению, вероятно, будет неоптимальной, или которые вряд ли закончат начатое лечение.

III C

Б. Ожидания пациента должны быть согласованы с лечащим врачом перед началом венозных вмешательств.

I C

В. Склеротерапию не следует предлагать пациентам с нереалистичными ожиданиями от процедуры или тем, кто не может поддерживать вежливые отношения с врачом, проявляя, среди прочего, неуважительное или оскорбительное поведение.

III A

Ответственный за перевод:
Борсук Д.А.

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



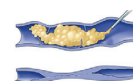
РЕФЛЮКС



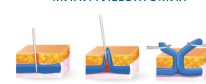
ТЕРМИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ



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
№2, 2023

Vol. 3
№2, 2023

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.

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.