

ПОСТАНОВЛЕНИЕ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

22 марта 2022 г. № 17

Об утверждении клинического протокола

На основании абзаца девятого части первой статьи 1 Закона Республики Беларусь от 18 июня 1993 г. № 2435-ХІІ «О здравоохранении», подпункта 8.3 пункта 8, подпункта 9.1 пункта 9 Положения о Министерстве здравоохранения Республики Беларусь, утвержденного постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 28 октября 2011 г. № 1446, Министерство здравоохранения Республики Беларусь ПОСТАНОВЛЯЕТ:

1. Утвердить клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с тромбозом глубоких вен» (прилагается).

2. Признать утратившим силу приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 14 февраля 2011 г. № 150 «Об утверждении некоторых клинических протоколов».

3. Настоящее постановление вступает в силу после его официального опубликования.

Министр

Д.Л.Пиневич

СОГЛАСОВАНО

Брестский областной
исполнительный комитет

Витебский областной
исполнительный комитет

Гомельский областной
исполнительный комитет

Гродненский областной
исполнительный комитет

Могилевский областной
исполнительный комитет

Минский областной
исполнительный комитет

Минский городской
исполнительный комитет

Государственный пограничный
комитет Республики Беларусь

Комитет государственной
безопасности Республики Беларусь

Министерство внутренних дел
Республики Беларусь

Министерство обороны
Республики Беларусь

Министерство по чрезвычайным

ситуациям Республики Беларусь

Национальная академия
наук Беларуси

Управление делами
Президента Республики Беларусь

УТВЕРЖДЕНО

Постановление
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь
22.03.2022 № 17

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ

«Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с тромбозом глубоких вен»

ГЛАВА 1 ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1. Настоящий клинический протокол устанавливает общие требования к объему оказания медицинской помощи пациентам старше 18 лет (далее – пациенты) с тромбозом глубоких вен (далее – ТГВ) (шифры по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра – I80 Флебит и тромбофлебит; I82 Эмболия и тромбоз других вен).

2. Требования настоящего клинического протокола являются обязательными для юридических лиц и индивидуальных предпринимателей, осуществляющих медицинскую деятельность в порядке, установленном законодательством о здравоохранении.

3. Для целей настоящего клинического протокола используются термины и их определения в значениях, установленных Законом Республики Беларусь «О здравоохранении», а также следующий термин и его определение:

посттромботическая болезнь – хроническое заболевание, обусловленное органическим поражением глубоких вен вследствие ранее перенесенного ТГВ.

4. Установленный диагноз ТГВ или обоснованное предположение о наличии у пациента ТГВ служат основанием для оказания медицинской помощи в амбулаторных и стационарных условиях.

5. Пациентам с окклюзионными дистальными формами ТГВ, подтвержденными при ультразвуковом исследовании, медицинская помощь может оказываться в амбулаторных условиях.

6. Госпитализация с установленным диагнозом ТГВ осуществляется в хирургическое отделение больничной организации по месту жительства (месту пребывания) пациента по медицинским показаниям.

7. Медицинская транспортировка (эвакуация) пациента осуществляется бригадой скорой медицинской помощи в положении лежа.

8. К категории пациентов с ТГВ относятся все пациенты с наличием тромбов в глубоких венах, которые развились впервые или на фоне посттромботической болезни.

9. Классификация ТГВ:

9.1. по сроку от начала заболевания:

острый (менее 14 суток);

подострый (14–28 суток);

хронический (более 28 суток);

9.2. по характеру развития:

первичный;

рецидивирующий;

9.3. по наличию осложнений:

неосложненный;

осложненный (легочной эмболией, флегмазией);

9.4. по степени нарушения венозного оттока:

0 – признаки нарушения венозного оттока отсутствуют;

I – пастозность мягких тканей, цвет кожных покровов обычный, неинтенсивная мышечная боль;

II – ненапряженный отек, умеренная боль, возможно небольшое изменение окраски кожных покровов;

III – напряженный отек, боль, цианоз кожных покровов, нарушение активных движений;

IV – венозная гангрена;

9.5. по локализации:

проксимальный: илеофemorальный, феморопоплитеальный;

дистальный (субпоплитеальный);

9.6. по степени окклюзии просвета вены:

окклюзивный;

неокклюзивный:

флотирующий.

10. Клиническая картина ТГВ зависит от локализации тромбов, распространенности и характера поражения венозного русла, длительности заболевания.

Характерными клиническими симптомами и признаками ТГВ являются:

отек всей конечности либо ее сегмента;

цианоз кожных покровов и (или) усиление рисунка подкожных вен;

распирающая боль в конечности, боль в проекции сосудисто-нервного пучка.

При неокклюзивных формах клиническая симптоматика ТГВ может быть не выражена или отсутствовать. В ряде случаев первым проявлением ТГВ является тромбоэмболия легочной артерии (далее – ТЭЛА).

11. Больничные организации при оказании медицинской помощи пациентам с ТГВ обеспечивают выполнение ультразвукового дуплексного сканирования (далее – УЗДС) вен в бассейнах верхней и нижней полых вен.

12. УЗДС является основным методом визуализации при подозрении на ТГВ, выполняется врачом ультразвуковой диагностики. В обязательный объем УЗДС входит осмотр глубоких, подкожных вен обеих нижних конечностей, общей, наружной и внутренней подвздошных вен, нижней полых вен с оформлением протокола ультразвукового исследования вен нижних конечностей при ТГВ по форме согласно приложению 1.

13. При выявлении у пациента ТЭЛА и отсутствии ультразвуковых признаков тромбоза магистральных вен конечностей, подвздошных вен и нижней полых вен (далее – НПВ) исследуются печеночные, почечные вены, вены бассейна верхней полых вен с оформлением протокола дуплексного сканирования вен верхних конечностей при ТГВ по форме согласно приложению 2.

14. Врач ультразвуковой диагностики определяет локализацию, распространенность ТГВ, характер перекрытия просвета вены, состояние и структуру проксимальной части тромба, локализацию.

В случае флотации врач ультразвуковой диагностики определяет способ фиксации, длину флотирующей части, расстояние от проксимальной границы флотирующей части тромба до слияния тромбированной вены с крупной веной (глубокой бедренной, внутренней подвздошной веной) при возможности визуализации.

15. Продолжительность лечения в стационарных условиях определяется в индивидуальном порядке в зависимости от характера течения заболевания, наличия осложнений и эффективности антикоагулянтной терапии (далее – АКТ).

ГЛАВА 2

ДИАГНОСТИКА ТГВ

16. Обязательными диагностическими мероприятиями ТГВ являются:

16.1. при поступлении пациента в организацию здравоохранения:

клинические методы исследования:

сбор жалоб и анамнеза;
осмотр;
общая термометрия;
антропометрия;
пальпация конечностей;
аускультация сердца и легких;
подсчет частоты сердечных сокращений;
подсчет частоты дыхания;
измерение артериального давления (далее – АД);
клиническая оценка вероятности наличия ТГВ при невозможности выполнения УЗДС вен с использованием шкалы P.Wells для оценки вероятности наличия ТГВ согласно приложению 3;
лабораторные методы исследования:
общий (клинический) анализ крови;
определение группы крови по системам АВ0 и резус-фактора;
биохимический анализ крови (определение уровней билирубина, мочевины, общего белка, аспартатаминотрансферазы (далее – АсАТ), аланинаминотрансферазы (далее – АлАТ), электролитов (калий, кальций, натрий, хлор);
исследование уровня глюкозы в крови;
коагулограмма (определение уровней D-димера (в случае отсутствия УЗДС), фибриногена, активированного частичного тромбопластинового времени (далее – АЧТВ), протромбинового времени, международного нормализованного отношения (далее – МНО);
общий анализ мочи;
инструментальные методы исследования:
УЗДС в бассейнах НВП и (или) верхней поллой вены с обязательным определением характера и структуры тромба (эмболоопасности);
электрокардиография (далее – ЭКГ);
обзорная рентгенография или рентгеноскопия органов грудной клетки (далее – ОГК) при клинических признаках ТЭЛА;
16.2. в динамике проводимого лечения:
динамическое УЗДС для контроля за эффективностью проводимого лечения (кратность определяется характером патологии и течением заболевания);
повторное исследование коагулограммы или МНО (кратность определяется приемом антикоагулянтов).
17. Дополнительными диагностическими мероприятиями, проводимыми при наличии медицинских показаний, являются:
консультации врачей-специалистов;
консультация врача-ангиохирурга – при наличии эмболоопасного ТГВ;
пальцевое исследование прямой кишки;
эзофагогастродуоденоскопия;
фиброколоноскопия;
ирригоскопия;
эхокардиография (далее – Эхо-КГ), ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное) и забрюшинного пространства;
мультиспиральная компьютерная томографическая ангиография;
магнитно-резонансная ангиография (далее – МРА);
компьютерная томографическая ангиография (далее – КТА);
илеокаваграфия;
рентгеноконтрастная ретроградная илеокаваграфия;
радиоизотопная сцинтиграфия легких;
исследование уровня онкомаркеров;
молекулярно-генетическая диагностика тромбофилий.
18. Клинико-диагностический алгоритм при подозрении на ТГВ:
уровень D-димера не определяется при отсутствии клинических симптомов и признаков ТГВ и низком риске развития ТГВ;

уровень D-димера не определяется при наличии клинических симптомов и признаков ТГВ или высоком риске развития ТГВ, выполняется УЗДС вен;

уровень D-димера определяется при наличии клинических симптомов и признаков ТГВ, низком или среднем риске развития ТГВ и при отсутствии возможности выполнить в течение 6 часов УЗДС.

D-димер является чувствительным, но не специфичным тестом. Ложноположительный результат возможен у пациентов, перенесших операции или травму (в срок до 10 суток), а также при инфаркте миокарда или инсульте, острой инфекции, синдроме диссеминированного внутрисосудистого свертывания, беременности, заболеваниях соединительной ткани, метастазирующем раке. С целью определения уровня D-димера используются количественные методы.

19. Ультрасонографическими признаками ТГВ являются:

наличие в просвете вены гипоэхогенных однородных, изоэхогенных или гиперэхогенных неоднородных структур;

усиление кровотока и дилатация подкожных вен, осуществляющих коллатеральный отток из пораженного сегмента (коллатеральные пути кровотока);

полное заполнение просвета вены тромботическими массами, отсутствие движений стенок сосуда при компрессии датчиком, увеличение вены в диаметре, отсутствие кровотока в зоне тромбоза в режимах цветового доплеровского картирования и импульсно-волновой доплерографии, в том числе при пробе дистальной компрессии, наличие низкоамплитудного монофазного кровотока дистальнее зоны тромбоза, несинхронизированного с актом дыхания (окклюзивный тромбоз);

неполное смыкание стенок просвета сосуда при компрессии датчиком, сохранение просвета между тромботическими массами и венозной стенкой, дефект заполнения цветом в режиме цветового доплеровского картирования в зоне тромбоза, в том числе при пробе дистальной компрессии (неокклюзивный тромбоз);

наличие в просвете вены тромботических масс, фиксированных к сосудистой стенке в дистальном отделе вены и выявление спонтанных движений проксимальной части тромба, свободно располагающейся в просвете сосуда (флотирующий тромб).

20. Критериями эмболоопасности являются:

визуализация обтекания головки тромба кровью в поперечной плоскости сканирования в режиме цветового доплеровского картирования с четырех сторон;

длина флотирующей (омываемой с четырех сторон) части тромба более 5 см.

21. При определении медицинских показаний для оперативного вмешательства учитываются результаты обследований пациента и клиническая картина заболевания. Длина свободной проксимальной части тромба не является определяющей.

22. Пациентам с ТГВ, у которых на фоне лечения развилась ТЭЛА, при невозможности определения характера тромба и распространенности проксимальной части с помощью УЗДС показано выполнение КТА, МРА, илеокаваграфии и (или) рентгеноконтрастной ретроградной илеокаваграфии.

23. Флебोगрафическими признаками ТГВ являются:

эффект «обрубленной вены» – отсутствие контрастного вещества в тромбированном сегменте вены;

резкое сужение просвета вены;

неровные контуры вен (свидетельство варикозной трансформации);

округлые образования, прикрепленные к стенке вены и не прокрашенные контрастным веществом (пристеночный тромбоз).

ГЛАВА 3 ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ТГВ

24. Лечение пациентов с острым ТГВ в амбулаторных условиях проводится при следующих условиях:

инструментально подтвержденный неэмбологенный ТГВ дистальной локализации без признаков флотации;

отсутствие осложнений ТГВ;

отсутствие беременности;

наличие возможности применения прямых антикоагулянтов – низкомолекулярного гепарина (далее – НМГ), ингибиторов Ха фактора, ингибитора тромбина или антагонистов витамина К (далее – АВК);

наличие возможности выполнения УЗДС в динамике в течение 7–14 суток.

При необходимости пациент с острым ТГВ экстренно госпитализируется в больницуную организацию.

25. Лечение пациентов с ТГВ в стационарных условиях проводит врач-специалист отделения, в котором был выявлен пациент с ТГВ, после обязательной консультации врача-хирурга. В отдельных случаях требуется консультация врача-ангиохирурга (эмболоопасный ТГВ, рецидивирующая ТЭЛА при верифицированном ТГВ, флегмазия), врача-гематолога (при невозможности достичь терапевтического значения МНО в течение 14 суток, в случае назначения АВК).

26. Пациентам с инструментально подтвержденным окклюзивным и пристеночным тромбозом назначается активный двигательный режим.

27. Эластическая компрессия конечностей назначается всем пациентам с ТГВ, за исключением пациентов с хроническими облитерирующими заболеваниями артерий нижних конечностей (при лодыжечно-плечевом индексе менее 0,8 – хроническая артериальная недостаточность IIa стадии и выше), тяжелыми формами диабетической полинейропатии и ангиопатии, трофическими язвами (невенозной этиологии), острыми инфекциями мягких тканей, дерматитом и экземой различного происхождения. При выраженном отеке нижней конечности возможно применение эластических бинтов средней степени растяжимости (70–140 %). По мере купирования выраженного отека используется медицинский компрессионный трикотаж 2 или 3 класса компрессии.

28. АКТ проводится всем пациентам с ТГВ (при отсутствии медицинских противопоказаний). При обоснованном подозрении на ТГВ АКТ назначается до инструментальной верификации диагноза.

29. После 5 суток введения НМГ, начиная с 6 суток, возможно применение АВК (доза подбирается индивидуально в соответствии с целевым уровнем МНО – 2–3) или оральное прямое ингибитор тромбина (дабигатрана этексилат) по схеме: 150 мг 2 раза в сутки не менее 3 месяцев. Препараты противопоказаны при клиренсе креатинина менее 30 мл/мин, беременности, кормлении грудью, выраженной печеночной недостаточности.

30. В качестве монотерапии ТГВ возможно применение оральных прямых ингибиторов Ха фактора: ривароксабана по схеме: с 1 суток 15 мг 2 раза в сутки длительностью 21 сутки с последующим приемом по 20 мг 1 раз в сутки не менее 3 месяцев, или апиксабана по схеме с 1 по 7 сутки 10 мг 2 раза в сутки, с 8 суток – в дозе 5 мг 2 раза в сутки не менее 3 месяцев. Препараты противопоказаны при клиренсе креатинина менее 15 мл/мин, при беременности, кормлении грудью, выраженной печеночной недостаточности. АКТ в обязательном порядке проводится согласно инструкции по медицинскому применению (листу-вкладышу) лекарственного препарата.

31. Медицинскими противопоказаниями к АКТ являются:

- продолжающееся кровотечение;
- тяжелый геморрагический диатез;
- тромбоцитопения (менее 50 000/мкл);
- острый период нарушений мозгового кровообращения;
- операция, тяжелая травма с оценкой риска послеоперационного кровотечения;
- гепарининдуцированная тромбоцитопения в анамнезе.

32. Целью хирургического вмешательства при ТГВ является предотвращение ТЭЛА и (или) восстановление проходимости венозного русла. Выбор объема оперативного вмешательства основывается на локализации тромба, его распространенности, длительности заболевания, наличии сопутствующей патологии, тяжести состояния пациента, имеющегося в наличии технического и инструментального обеспечения. Показания для хирургического вмешательства и объем операции определяет врач-ангиохirurg.

33. Эндоваскулярная катетерная тромбэктомия из НПВ и подвздошных вен показана при эмболоопасном ТГВ и флотирующем тромбе интра- и супраренального отделов НПВ и определяется инструментальной оснащенностью организации здравоохранения.

34. Чрескожная фармакомеханическая тромбэктомия, реолитическая тромбэктомия, ультразвуковая тромбэктомия являются обоснованной альтернативой открытому хирургическому вмешательству и катетерному тромболизису. После выполнения любого из методов тромбэктомии может быть произведена коррекция остаточного гемодинамически значимого стеноза пораженной вены баллонной ангиопластикой и стентированием.

35. Медицинскими показаниями к имплантации временного кава-фильтра являются: наличие эмболоопасного (флотирующего) ТГВ при невозможности устранить эмболоопасность другими методами;

рецидивирующая ТЭЛА на фоне АКТ;

тромбоз илеокавального сегмента при наличии медицинских противопоказаний к АКТ либо ее осложнениях;

осложненный ТГВ флотацией тромба или флегмазией (перед проведением регионарной тромболитической терапии (далее – ТЛТ).

36. Имплантация кава-фильтра не показана пациентам с острым проксимальным ТГВ в качестве дополнения к АКТ.

37. При устранимых факторах риска ТГВ предпочтение отдается имплантации съемных моделей кава-фильтра, которые удаляют в срок, установленный производителем (согласно инструкции по установке и снятию съемных моделей кава-фильтра) при устранении угрозы ТЭЛА. Временный кава-фильтр может не удаляться, если риск его удаления превышает риск его перманентного нахождения в НПВ.

38. АКТ показана пациентам с установленным кава-фильтром (при отсутствии медицинских противопоказаний к ней).

39. Регионарная ТЛТ (катетерный тромболизис) проводится пациентам в возрасте 18–75 лет при распространенном проксимальном ТГВ сроком не позднее 14 суток от начала заболевания и высоком риске ТЭЛА и (или) с явлениями флегмазии при ожидаемой продолжительности жизни пациента более 6 месяцев при отсутствии медицинских противопоказаний к ТЛТ.

40. Медицинскими противопоказаниями к ТЛТ являются:

тромбоцитопения;

геморрагический диатез;

риск кровотечения (острый период инфаркта миокарда и нарушения мозгового кровообращения, желудочно-кишечное кровотечение, ранний послеоперационный период);

выраженная почечная или печеночная недостаточность;

злокачественные новообразования с метастазами в головной мозг;

период беременности и грудного вскармливания.

41. Протокол регионарной ТЛТ (катетерного тромболизиса):

отмена НМГ за 8 часов до ТЛТ;

отмена оральных антикоагулянтов до снижения МНО до показателя менее 1,5;

введение внутривенно болюсно 5000 ЕД нефракционированного гепарина (далее – НФГ) с последующей инфузией НФГ 15 ЕД/кг до увеличения уровня АЧТВ в 1,2–1,7 раза выше нормы;

пункция вены под местной анестезией, оптимальное позиционирование проводника (катетера) – под флебографическим и (или) ультразвуковым контролем;

введение тканевого активатора пламиногена (альтеплаза) внутривенно с помощью шприцевого дозатора (инфузомата) в дозе 25–50 мг в течение 3 часов, в первый час вводится 2/5 части от общего количества, во второй час – 2/5 части, в третий час – 1/5 часть. У пациентов с массой тела менее 65 кг максимальная суммарная доза составляет 1,5 мг/кг;

введение НФГ в течение 24 часов и более. Начинается с внутривенного струйного введения 5000 ЕД в час до начала ТЛТ. В последующем НФГ назначаются внутривенно (вводятся при помощи инфузомата) со скоростью 1000 ЕД в час. Доза НФГ корректируется в зависимости от результатов повторного определения АЧТВ (в норме значения превышают исходный уровень в 1,5–2 раза);

ручное прижатие места пункции и наложение давящей повязки на 2 часа после удаления катетера, введение НМГ через 1 час после удаления катетера.

Длительность лечения составляет не более 96 часов (один трехчасовой сеанс регионарной ТЛТ в сутки) с ежедневным контролем коагулограммы, флебографии и (или) УЗДС.

42. Системная ТЛТ проводится пациентам с флотирующим тромбом и массивной ТЭЛА с выраженными нарушениями гемодинамики (шок, стойкая артериальная гипотензия). Системная ТЛТ используется у пациентов с нормальным АД и высокой легочной гипертензией (систолическое давление в легочной артерии выше 50 мм рт.ст.) и признаками дисфункции правого желудочка (по данным Эхо-КГ или мультиспиральной компьютерной томографии), при флотирующем тромбе илеокавального сегмента и отсутствии технической возможности устранить флотацию другим путем и (или) при исходно тяжелом состоянии пациента.

Установка кава-фильтра перед проведением ТЛТ не проводится из-за высокого риска тяжелых геморрагических осложнений.

43. Длительность лечения антикоагулянтами после эпизода ТГВ в зависимости от наличия и характера факторов риска определяется согласно приложению 4, зависит от наличия и характера факторов риска, рецидива и составляет не менее 3 месяцев.

44. Лекарственными средствами выбора длительной профилактики рецидива ТГВ являются: АВК (доза подбирается индивидуально в зависимости от целевого МНО), или оральные антикоагулянты: ривароксабан (доза составляет 10–20 мг 1 раз в сутки), или апиксабан (2,5 мг 2 раза в сутки), или дабигатрана этексилат (110 мг 2 раза в сутки). Продолжительность лечения определяется индивидуально после тщательной оценки факторов риска венозных тромбоэмболических осложнений, преимуществ лечения и риска кровотечений.

45. При назначении прямых оральных антикоагулянтов не реже 1 раза в год определяются уровень гемоглобина, клиренс креатинина, уровень АлАТ, АсАТ. При назначении дабигатрана этексилата у пациентов старше 75 лет с клиренсом креатинина 30–60 мл/мин, а также при высоком риске кровотечения уровень гемоглобина, клиренс креатинина, уровень АлАТ, АсАТ контролируются не реже 1 раза в 6 месяцев.

46. При переходе с оральных антикоагулянтов на парентеральные антикоагулянты введение последних начинается в срок ожидаемого приема очередной дозы дабигатрана этексилата, апиксабана или ривароксабана.

47. При переходе с парентерального введения антикоагулянтов на прямые оральные антикоагулянты первая доза дабигатрана этексилата, апиксабана или ривароксабана назначается при прекращении инфузии НФГ или за 2 часа до планируемого подкожного введения очередной дозы НМГ.

48. При переходе с АВК на прямые оральные антикоагулянты прекращается прием АВК и определяется МНО. В случае если МНО менее 2,0, принимается первая доза дабигатрана этексилата, апиксабана или ривароксабана.

49. При переходе с прямых оральных антикоагулянтов на АВК одновременно применяются прямые оральные антикоагулянты и АВК до подбора дозы АВК (при целевом значении МНО 2–3). Определение МНО осуществляется минимум через 24 часа после приема последней дозы прямого орального антикоагулянта.

50. При невозможности применять у пациентов с ТГВ или ТЭЛА прямые оральные антикоагулянты предпочтение следует отдавать АВК.

51. В случае опухоль-ассоциированного ТГВ или ТЭЛА долгосрочную АКТ предпочтительно проводить НМГ неопределенно долго (пожизненно) или минимум до излечения.

52. По истечении 3 месяцев продленной АКТ при условии ее эффективности переходить на прием антикоагулянта из другой фармакологической группы нежелательно.

53. Решение о необходимости продления или прекращения АКТ основывается на определении уровня D-димера. После обоснованного прекращения АКТ, которая проводилась по поводу неспровоцированного проксимального ТГВ и (или) ТЭЛА, возможно применение ацетилсалициловой кислоты или клопидогреля (75 мг 1 раз в сутки) для профилактики рецидива ТГВ (при отсутствии медицинских противопоказаний).

54. При развитии рецидива ТГВ на фоне приема АВК (МНО находится в терапевтическом диапазоне – 2–3) требуется переход на НМГ. В случаях рецидива ТГВ,

на фоне длительного лечения НМГ, допустимо увеличение дозы лекарственного средства на 25–30 % от исходного значения. При этом необходимо подтвердить наличие «истинного» рецидива ТГВ и исключить наличие злокачественной опухоли.

55. Лечение пациентов с ТГВ на фоне беременности осуществляется в условиях больничной организации, имеющей в своей структуре хирургическое и акушерско-гинекологическое отделения. До 36 недель беременности пациентам без акушерско-гинекологической патологии медицинская помощь оказывается в стационарных условиях в хирургическом отделении больничной организации, при наличии акушерско-гинекологической патологии – в акушерско-гинекологическом отделении больничной организации (независимо от сроков беременности).

56. Лечение ТГВ, возникшего на фоне беременности, проводится НМГ на протяжении всего периода беременности. В период грудного вскармливания назначаются АВК сроком не менее 1,5 месяцев (продолжительность лечения определяется индивидуально после тщательной оценки факторов риска венозных тромбоэмболических осложнений, преимуществ лечения и риска кровотечения).

57. Эластическая компрессия конечностей с использованием бандажей или компрессионного трикотажа 2–3 класса (давление на уровне лодыжек до 30–40 мм рт.ст.) показана всем пациентам после перенесенного ТГВ сроком до 2 лет, а в ряде случаев – неопределенно долго (пожизненно). Пациентам, перенесшим тромбоз НПВ, имплантацию кава-фильтра или пликацию НПВ, назначается эластическая компрессия обеих нижних конечностей.

ГЛАВА 4

МЕДИЦИНСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ТГВ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

58. Медицинское наблюдение пациентов, перенесших ТГВ, осуществляют: организации здравоохранения, оказывающие медицинскую помощь в амбулаторных условиях по месту жительства (месту пребывания), месту работы (учебы, службы) граждан; иные организации здравоохранения, оказывающие медицинскую помощь.

59. Медицинское наблюдение пациентов, перенесших ТГВ, в амбулаторно-поликлинической организации осуществляют врач-терапевт, врач общей практики и (или) врачи-специалисты по профилю заболевания.

60. Медицинское наблюдение пациентов, перенесших ТГВ, осуществляется ежегодно на протяжении 3 лет (при отсутствии рецидива).

61. В течение 1 года после перенесенного ТГВ пациент находится под медицинским наблюдением врача-хирурга:

первые 3 месяца – осмотр 1 раз в месяц с обязательным УЗДС и контролем коагулограммы;

последующие месяцы – осмотр 1 раз в 6 месяцев с обязательным УЗДС и контролем коагулограммы (на весь период приема антикоагулянтов).

62. Консультация врача-ангиохирурга показана при отсутствии положительной динамики заболевания и при возникновении осложнений.

63. Диагностические исследования и кратность наблюдения врачей-специалистов после первого года наблюдения:

осмотр врача-терапевта (врача общей практики) и (или) врача-специалиста по профилю заболевания – 1 раз в год;

общий (клинический) анализ крови развернутый – 1 раз в год;

общий анализ мочи – 1 раз в год;

ЭКГ – 1 раз в год;

УЗДС вен в системе НПВ или верхней полой вены – 1 раз в год;

рентгенография ОГК – 1 раз в год.

ПРОТОКОЛ
ультразвукового исследования вен нижних конечностей при ТГВ

ФИО _____ **пол** _____ **возраст** _____
Дата _____ **отделение** _____ **УЗ-аппарат** _____

Нижняя полая вена

Диаметр _____ мм, _____
проходима, тромбирована _____

Кава-фильтр

нижняя полая вена в проекции кава-фильтра проходима, тромбирована окклюзивно,
неокклюзивно, _____

Слева

Справа

Общая подвздошная вена

проходима, тромбирована не/окклюзивно проходима, тромбирована не/окклюзивно

кровоток _____ кровоток _____

Наружная подвздошная вена

проходима, тромбирована не/окклюзивно проходима, тромбирована не/окклюзивно

кровоток _____ кровоток _____

Внутренняя подвздошная вена

проходима, тромбирована не/окклюзивно проходима, тромбирована не/окклюзивно

реканализована _____ реканализована _____

Общая бедренная вена

проходима, тромбирована не/окклюзивно проходима, тромбирована не/окклюзивно

кровоток _____ кровоток _____

реканализована полностью, частично реканализована полностью, частично

Глубокая вена бедра

проходима, тромбирована не/окклюзивно проходима, тромбирована не/окклюзивно

Бедренная вена

проходима, тромбирована не/окклюзивно проходима, тромбирована не/окклюзивно

реканализована полностью, частично реканализована полностью, частично

рефлюкс _____ рефлюкс _____

кровоток фазный, монофазный _____ кровоток фазный, монофазный _____

Подколенная вена

проходима, тромбирована не/окклюзивно

реканализована полностью, частично

рефлюкс

кровоток фазный, монофазный

проходима, тромбирована не/окклюзивно

реканализована полностью, частично

рефлюкс

кровоток фазный, монофазный

Заднеберцовые вены

проходимы, тромбированы

проходимы, тромбированы

реканализована полностью, частично

реканализована полностью, частично

рефлюкс

рефлюкс

Малоберцовые вены

проходимы, тромбированы

проходимы, тромбированы

реканализована полностью, частично

реканализована полностью, частично

рефлюкс

рефлюкс

Суральные и мышечные вены

проходимы, тромбированы

проходимы, тромбированы

Перфорантные вены

Большая подкожная вена

Диаметр на бедре: в/3 мм, с/3 мм,

н/3 мм, на голени: в/3 мм,

с/3 мм, н/3 мм

проходима, тромбирована

Проксимальная граница тромбоза

Диаметр на бедре: в/3 мм, с/3 мм,

н/3 мм, на голени: в/3 мм,

с/3 мм, н/3 мм

проходима, тромбирована

Проксимальная граница тромбоза

распространяется в общую бедренную вену

Рефлюкс степени

Стволовые клапаны не состоятельны

Рефлюкс степени

Стволовые клапаны не состоятельны

Малая подкожная вена

Диаметр на уровне устья: мм

проходима, тромбирована

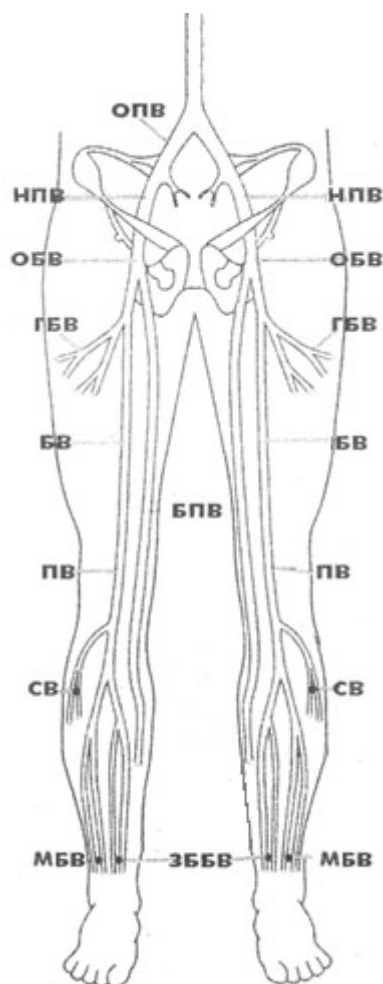
Проксимальная граница тромбоза

Диаметр на уровне устья: мм

проходима, тромбирована

Проксимальная граница тромбоза

Заключение:



Врач _____
 (подпись) (инициалы (инициал)
 собственного имени, фамилия)

Приложение 2
 к клиническому протоколу
 «Диагностика и лечение
 пациентов (взрослое население)
 с тромбозом глубоких вен»

Форма

ПРОТОКОЛ дуплексного сканирования вен верхних конечностей при ТГВ

ФИО _____ **пол** _____ **возраст** _____

Дата _____ **отделение** _____ **УЗ-аппарат** _____

Справа:

Плечеголовная вена: проходима, тромбирована, уровень _____ и вид _____ тромбоза

реканализована (полностью, частично) _____

Подключичная вена: проходима, тромбирована, уровень _____ и вид _____ тромбоза

реканализована (полностью, частично) _____

Аксиллярная вена: проходима, компрессируется полностью, частично, не компрессируется; тромбирована (тромб флотирующий, неокклюзивный, окклюзивный)

реканализирована полностью, частично _____

реканализирована полностью, частично _____

реканализирована полностью, частично _____

реканализирована полностью, частично _____

реканализирована полностью, частично _____

реканализирована полностью, частично _____

Слева:

реканализована (полностью, частично) _____

реканализована (полностью, частично) _____

реканализирована полностью, частично _____

реканализирована полностью, частично _____

реканализирована полностью, частично _____

реканализирована полностью, частично

Латеральная подкожная вена: проходима, компрессируется полностью, частично, не компрессируется; тромбирована (тромб флотирующий, неокклюзивный, окклюзивный)

реканализирована полностью, частично _____

Медиальная подкожная вена: проходима, компрессируется полностью, частично, не компрессируется; тромбирована (тромб флотирующий, неокклюзивный, окклюзивный)

реканализирована полностью, частично _____

Дополнения: _____

ЗАКЛЮЧЕНИЕ: _____

Врач

(подпись)

(инициалы (инициал) собственного имени, фамилия)

Приложение 3
к клиническому протоколу
«Диагностика и лечение
пациентов (взрослое население)
с тромбозом глубоких вен»

ШКАЛА P. Wells
для оценки вероятности наличия ТГВ

№ п/п	Признак	Балл ¹
1	Активный рак (в настоящее время или в предыдущие 6 месяцев)	+1
2	Плегия, или глубокий парез, либо недавняя гипсовая иммобилизация нижней(-их) конечности(-ей)	+1
3	Постельный режим 3 и более суток или полостное хирургическое вмешательство не позднее 4 месяцев	+1
4	Болезненность при пальпации по ходу глубоких вен	+1
5	Отек всей нижней конечности	+1
6	Разница в диаметре голеней более 3 см на уровне 10 см ниже tibial tuberosity	+1
7	Отек с ямкой на больной нижней конечности	+1
8	Расширенные коллатеральные поверхностные вены (не варикозная болезнь)	+1
9	ТГВ или ТЭЛА в анамнезе	+1
10	Альтернативный диагноз не менее вероятен, чем ТГВ	-2

¹ Вероятность наличия ТГВ зависит от полученной суммы баллов: низкая – 0; средняя – 1–2; высокая – ≥ 3 .

Приложение 4
к клиническому протоколу
«Диагностика и лечение
пациентов (взрослое население)
с тромбозом глубоких вен»

**Длительность лечения антикоагулянтами после эпизода ТГВ в зависимости
от наличия и характера факторов риска**

№ п/п	Фактор риска	Длительность лечения
1	Обратимый (травма, хирургическое вмешательство)	3 месяца (дистальный ТГВ) 6 месяцев (проксимальный ТГВ)
2	Впервые возникший (идиопатический)	От 6 месяцев или более с периодической (не реже 1 раза в год) оценкой польза – риск
3	Рецидивирующий	Неопределенно долго (пожизненно)
4	Тромбофилия (антифосфолипидный синдром, дефицит протеинов C, S, антитромбина III, фактор V Лейден, протромбин G20210A)	Неопределенно долго (пожизненно)
5	Имплантация кава-фильтра	Неопределенно долго (пожизненно)
6	Злокачественные новообразования	Неопределенно долго (пожизненно), как минимум до излечения