

ПОСТАНОВЛЕНИЕ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

21 июня 2022 г. № 55

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 с хроническими заболеваниями вен (взрослое население)» (прилагается).

2. 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
21.06.2022 № 55

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ

«Диагностика и лечение пациентов с хроническими заболеваниями вен (взрослое население)»

ГЛАВА 1 ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1. Настоящий клинический протокол устанавливает общие требования к объему оказания медицинской помощи пациентам (взрослое население) с хроническими заболеваниями вен (далее – ХЗВ) в амбулаторных и стационарных условиях (шифры по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра – I80 Флебит и тромбофлебит, I83 Варикозное расширение вен нижних конечностей, I86.2 Варикозное расширение вен таза, I86.3 Варикозное расширение вен вульвы, I87 Другие поражения вен).

Оказание медицинской помощи пациентам (взрослое население) 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) осуществляется в соответствии с клиническим протоколом «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с тромбозом глубоких вен», утвержденным постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 22 марта 2022 г. № 17.

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 основные термины и их определения в значениях, установленных Законом Республики Беларусь «О здравоохранении», а также следующие термины и их определения:

белая атрофия кожи – участок кожных покровов округлой формы, имеющий белый (светлый) цвет, расположенный, как правило, в зоне гиперпигментации (расценивается как предъязвенное состояние);

варикозная болезнь нижних конечностей (далее – ВБНК) – заболевание, характеризующееся первичной варикозной трансформацией поверхностных вен диаметром более 3 мм в положении стоя;

варикозная болезнь таза (далее – ВБТ) – заболевание, характеризующееся расширением яичниковых вен и внутритазовых венозных сплетений;

варикозное расширение вен вульвы (далее – вульварный варикоз) – заболевание, характеризующееся расширением вен наружных половых органов;

варикозное расширение вен промежности (далее – промежностный варикоз) – заболевание, характеризующееся расширением вен промежности вне наружных половых органов;

венозная окклюзия – полная непроходимость вены, вызванная острым тромбозом, или соединительнотканной трансформацией тромботических масс в отдаленном периоде после тромбоза, или сдавлением сосуда извне;

венозная перемежающаяся хромота – жгучие боли в ягодицах, бедрах или стопах, возникающие при ходьбе, требующие отдыха с подъемом ног для облегчения симптоматики;

венозная трофическая язва – дефект кожи и мягких тканей в зоне трофических расстройств, обусловленный ХЗВ;

венозная экзема (застойный дерматит, экземоподобный дерматит) – разновидность экземы, возникающая как следствие ХВН, чаще локализующаяся на нижних конечностях и характеризующаяся развитием серозного воспаления сосочкового слоя дермы и очагового спонгиоза эпидермиса, проявляющаяся полиморфной зудящей сыпью (везикулы, папулы, эритема и иное);

венозный отек – увеличение конечности в объеме, вызванное накоплением жидкости в коже и подкожной клетчатке, обусловленное ХВН;

венозный рефлюкс – извращение работы вен с формированием ретроградного сброса крови по поверхностной и (или) глубокой венозной системе конечности, а также в системе перфорантных вен, возникающего в результате недостаточности клапанного аппарата вен;

гиперпигментация – изменение цвета кожных покровов голени, заключающееся в появлении коричневых пятен разного размера и разной степени интенсивности;

инвазивное лечение (инвазивное вмешательство) – медицинская манипуляция, связанная с проникновением через естественные внешние барьеры организма (кожа, слизистые оболочки) (инъекции, хирургические вмешательства);

кроссэктомия (операция Троянова–Тренделенбурга) – высокая перевязка большой или малой подкожной вены с обязательным лигированием всех приустьевых притоков и иссечением ствола вены в пределах операционной раны;

липодерматосклероз – уплотнение (фиброз, индурация) кожи и подкожной клетчатки, локализующееся, как правило, в нижней трети голени по медиальной поверхности;

пенная (микропенная, foam-form) склерооблитерация – метод склеротерапии с применением склерозанта в виде микропены, приготовленной вручную или на производстве из жидкого лекарственного препарата и воздуха или специального газа (смеси газов);

посттромботическая болезнь (далее – ПТБ) – заболевание, обусловленное органическим поражением глубоких вен вследствие перенесенного тромбоза;

ретикулярные вены (далее – РВ) – расширенные и извитые подкожные вены диаметром 1–3 мм;

рецидив ВБНК – появление варикозных вен после завершения курса инвазивного лечения в зоне предыдущего вмешательства;

синдром Мея–Тернера – сдавление левой общей подвздошной вены правой общей подвздошной артерией;

синдром тазового венозного полнокровия (далее – СТВП) – патологическое состояние, возникающее на фоне расширения внутритазовых вен и характеризующееся венозными тазовыми болями, коитальными и посткоитальными болями, дисменореей, дизурическими расстройствами;

синдром Щелкунчика (аорто-мезентериальная компрессия левой почечной вены, мезаортальная компрессия левой почечной вены) – сдавление левой почечной вены верхней брыжеечной артерией с развитием левосторонней почечной флебогипертензии;

склеротерапия – метод лечения заболеваний сосудистой и лимфатической системы, а также сосудистых новообразований и сосудистых мальформаций путем введения в просвет специального вещества (склерозанта) для повреждения эндотелия и субэндотелиальных структур, приводящих к прекращению кровотока и формированию фиброза;

стриппинг – удаление ствола большой или малой подкожной вены;

субъективные симптомы ХЗВ – жалобы, вызванные патологией вен или функциональной перегрузкой венозной системы, а именно: боль; чувство тяжести и распираания; покалывание; жжение; зуд; мышечные судороги; пульсация; усталость и утомляемость в голенях (указанные симптомы не являются патогномоничными);

телеангиэктазии (сосудистые звездочки) (далее – ТАЭ) – расширенные внутрикожные вены диаметром менее 1 мм;

флебопатия нижних конечностей – функциональное расстройство венозной системы нижних конечностей, характеризующееся появлением ряда субъективных симптомов ХЗВ (боль, тяжесть, утомляемость, чувство распираания в икрах, ощущение отечности), нередко в сочетании с незначительным вечерним отеком голеней у пациентов без клинических и инструментальных признаков органического поражения венозного русла;

флеботропные лекарственные препараты (далее – ФЛП) – гетерогенная группа биологически активных веществ, получаемых путем переработки растительного сырья или химического синтеза, объединенные способностью повышать венозный тонус и снижать проницаемость венозной стенки, улучшать лимфатический отток и микроциркуляцию, уменьшая тем самым выраженность веноспецифичных симптомов и синдромов;

хроническая венозная недостаточность (далее – ХВН) – патологическое состояние, обусловленное нарушением венозного оттока, проявляющееся умеренным или

выраженным отеком, изменениями кожи и подкожной клетчатки, трофическими язвами (классы С3–С6 по СЕАР);

ХЗВ – все морфологические и функциональные нарушения венозной системы. Основными нозологическими формами ХЗВ являются ВБНК, ВБТ, ПТБ нижних конечностей, венозные мальформации, ТАЭ, ретикулярный варикоз, флебопатии нижних конечностей.

4. Для установления диагноза применяется базовый вариант классификации СЕАР, которая учитывает клинические проявления (С – clinic), этиологию (Е – etiology), анатомическую локализацию (А – anatomy) и патогенез (Р – pathogenesis) заболевания.

Классификация СЕАР устанавливается согласно приложению.

В конце диагноза указываются уровень диагностических действий и дата обследования (L):

LI – клиническое обследование ± ультразвуковая доплерография;

LII – клиническое обследование + ультразвуковое дуплексное сканирование (далее – УЗДС) вен нижних конечностей ± плетизмография;

LIИ – клиническое обследование + УЗДС вен нижних конечностей + флебография, или флеботонометрия, или мультиспиральная компьютерная томография (далее – МСКТ), или магнитно-резонансная томография (далее – МРТ).

Пример формулировки диагноза, согласно классификации СЕАР:

Справа – С5S, Ер, А d, s, p, Pr; LII; дд.мм.гг.

Слева – С4aS, Ер, А d, s, p, Pr; LII; дд.мм.гг.

5. Для определения венозного рефлюкса по глубоким венам применяется классификация Kistner:

I степень – венозный рефлюкс в пределах верхней трети бедра;

II степень – венозный рефлюкс до колена;

III степень – венозный рефлюкс ниже колена;

IV степень – патологический ретроградный кровоток по глубоким венам до лодыжек.

6. При постановке диагноза ВБТ применяется следующая классификация:

по клиническим проявлениям:

СТВП;

варикозная болезнь наружных половых органов (вульварный и промежностный варикоз);

по течению:

болевая форма;

безболевая форма;

латентная форма (асимптомная);

по распространенности поражения тазовых вен:

изолированное расширение тазовых венозных сплетений;

сочетанное расширение гонадных вен и тазовых венозных сплетений;

одностороннее или двустороннее расширение гонадных вен;

расширение ствола или притоков внутренних подвздошных вен.

7. Первичная диагностика ХЗВ у пациентов в амбулаторных условиях осуществляется врачами общей практики, врачами-хирургами, врачами-ангиохирургами, другими врачами-специалистами.

8. Для уточнения диагноза и дальнейшего лечения в амбулаторных условиях врач общей практики, врач-хирург, другие врачи-специалисты направляют пациента на консультацию к врачу-ангиохирургу (по медицинским показаниям).

Порядок направления пациентов с ХЗВ в организации здравоохранения для оказания им медицинской помощи в стационарных условиях определяется Министерством здравоохранения.

9. Хирургические вмешательства пациентам с ВБНК в организациях здравоохранения в амбулаторных и стационарных условиях выполняют врачи-ангиохирурги, врачи-кардиохирурги, врачи-хирурги, прошедшие подготовку по сосудистой хирургии.

Хирургические вмешательства пациентам с ВБТ выполняют врачи-ангиохирурги, врачи-акушеры-гинекологи, врачи-хирурги, врачи-рентгено-эндоваскулярные хирурги.

Хирургические вмешательства на глубоких магистральных венах выполняют врачи-ангиохирурги, врачи-рентгено-эндоваскулярные хирурги.

10. Режим дозирования лекарственных препаратов, длительность приема, медицинские показания и противопоказания к их применению определяются инструкцией по медицинскому применению (листочком-вкладышем), а также состоянием пациента, возрастом, наличием сопутствующих заболеваний, осложнений, сопутствующей фармакотерапией.

ГЛАВА 2

ДИАГНОСТИКА ХЗВ

11. Обязательными диагностическими мероприятиями при ХЗВ в стационарных условиях являются:

клинические методы исследования:
сбор жалоб и анамнеза;
медицинский осмотр;
общая термометрия;
антропометрия;
осмотр, пальпация конечностей;
аускультация сердца и легких;
подсчет частоты сердечных сокращений;
подсчет частоты дыхания;
измерение артериального давления (далее – АД);
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 фибриногена, активированного частичного тромбопластинового времени (далее – АЧТВ), протромбинового времени, международного нормализованного отношения (далее – МНО);
общий анализ мочи;
инструментальные методы исследования:
УЗДС вен нижних конечностей;
электрокардиография (далее – ЭКГ);
обзорная рентгенография или рентгеноскопия органов грудной клетки (далее – ОГК).

12. Дополнительными диагностическими мероприятиями, при наличии медицинских показаний, в стационарных условиях являются:

консультация врача-ангиохирурга;
консультации врачей-специалистов;
пальцевое исследование прямой кишки;
эзофагогастродуоденоскопия;
фиброколоноскопия;
ирригоскопия;
эхокардиография (далее – Эхо-КГ);
ультразвуковое исследование (далее – УЗИ) органов брюшной полости (комплексное) и забрюшинного пространства;
мультиспиральная компьютерная томографическая ангиография (далее – МСКТА);
магнитно-резонансная ангиография (далее – МРА);
восходящая и нисходящая флебография;
внутрисосудистое ультразвуковое исследование (далее – ВСУЗИ);
термография конечностей.

13. Медицинский осмотр пациента с ХЗВ проводится в положении стоя. Конечности освобождаются от одежды. Обязателен медицинский осмотр живота, а при

необходимости – паховых областей, ягодиц и промежности (при наличии жалоб на варикозное расширение вен в этих зонах).

При медицинском осмотре пациента оценивается состояние артериального русла конечностей (определяется пульс на магистральных артериях конечностей, измеряется АД, определяется лодыжечно-плечевой индекс (далее – ЛПИ) – для пациентов с облитерирующим атеросклерозом нижних конечностей) и оценивается функция крупных суставов.

В результате медицинского осмотра пациента, оценки жалоб и анамнеза, как правило, определяются нозологический вариант ХЗВ и стратегия лечения (применение хирургических или консервативных методов лечения).

14. УЗДС является основным диагностическим методом при ХЗВ и включает исследование поверхностных и глубоких вен обеих нижних конечностей.

Исследование функции (состоятельности) клапанного аппарата поверхностных, глубоких и перфорантных вен проводится в положении стоя или сидя, так как выявленный в положении стоя венозный рефлюкс в положении лежа может отсутствовать.

В случаях, когда пациент не может стоять в течение обследования, исследование вен ниже уровня середины бедра разрешается выполнять в положении сидя с полусогнутой расслабленной ногой.

15. Исследование глубоких вен, вен малого таза и забрюшинного пространства пациенту проводится в положении лежа.

16. Венозный рефлюкс оценивается в положении лежа, при приподнятом под углом 45° головном конце кушетки путем выполнения пробы Вальсальвы (задержка дыхания с натуживанием для повышения внутрибрюшного давления) и дистальных компрессионных проб (как ручных, так и с помощью пневматической манжеты).

Патологическим считается венозный рефлюкс продолжительностью более 0,5 секунды для подкожной венозной системы, берцовых вен, вен икроножных мышц и глубокой вены бедра, более 1 секунды – для бедренной и подколенной вен.

17. Проба Вальсальвы применяется для оценки состояния сафено-фemorального соустья (далее – СФС), проксимального сегмента большой подкожной вены (далее – БПВ) и проксимального сегмента бедренной вены. Венозные сегменты, расположенные дистальнее, оцениваются с помощью дистальных компрессионных проб.

18. Признаками первичного венозного рефлюкса являются:
изменение положения доплерографической кривой (режим PW при УЗДС) по отношению к изолинии при проведении пробы Вальсальвы или дистальных компрессионных проб;

смена цветового кода при выполнении функциональных тестов в режиме цветового кодирования;

появление звукового сигнала в точке локации при проведении пробы Вальсальвы, при использовании компрессионных проб и тестов с имитацией ходьбы в вертикальной позиции пациента (в момент расслабления или декомпрессии мышц).

19. Признаками интактной вены являются:
свободный от включений просвет вены;
отсутствие утолщения стенок вены;
локация сохранных створок венозных клапанов с типичными надклапанными расширениями, возникающими при проведении пробы Вальсальвы и проксимальных компрессионных проб;
полная сжимаемость просвета при сдавлении датчиком сканера.

20. Признаками ПТВ вены являются:
значительное утолщение стенок вен, обычно сопровождающееся наличием внутриспросветных включений;

«мозаичный» кровоток (локация нескольких сигналов различного цвета), выявляемый при цветовом кодировании в вене с многопросветной реканализацией;

отсутствие створок венозных клапанов в местах их типичного расположения и в связи с этим – исчезновение расширений надклапанных пространств при проведении функциональных проб;

отсутствие в подкожных венах связи звукового сигнала с фазами дыхания, свидетельствующее о наличии коллатерального кровотока.

21. У пациентов, которым планируется хирургическое вмешательство, в заключении врачебной консультации отображаются индивидуальные анатомические особенности: истинные удвоения; локальные расширения; существенные изгибы магистральных вен; венозный рефлюкс по магистральной вене при состоятельном остиальном клапане.

22. Если пациенту с ВБНК и классом С2 не планируется инвазивное вмешательство, пунктуальное цветное доплеровское картирование и оценка функции перфорантных вен не выполняются.

23. Сложные диагностические методы (МСКТА, МРА) применяются при планировании реконструктивных вмешательств у пациентов с ПТБ и у пациентов с врожденными сосудистыми мальформациями.

24. Медицинским показанием к флебографии является планирование реконструктивного хирургического вмешательства у пациентов с окклюзией (аплазией) глубоких вен.

25. ВСУЗИ, ориентированное на обеспечение эндоваскулярной диагностики и проведение эндоваскулярных вмешательств, является методом выбора (при наличии соответствующего медицинского оборудования).

26. Термография конечностей используется при медицинском наблюдении за динамикой воспалительного процесса в тканях, а также при оценке эффективности лечебных мероприятий (при наличии соответствующего медицинского оборудования).

ГЛАВА 3

КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ХЗВ

27. При консервативном лечении ХЗВ самостоятельно или в дополнение к инвазивным вмешательствам используется компрессионная терапия.

Для компрессионной терапии в зависимости от поставленных целей могут применяться эластичные бинты и компрессионный трикотаж.

Применяются эластичные бинты короткой (удлинение бинта при растяжении не более чем на 70 %), средней (удлинение бинта при растяжении на 70–140 %) и длинной (удлинение бинта при растяжении более чем на 140 %) растяжимости, бандажи, сформированные из бинтов короткой и средней растяжимости со средним натяжением или компрессионный трикотаж в соответствии с инструкцией по его медицинскому применению (листком-вкладышем).

Применение лечебного компрессионного трикотажа по сравнению с традиционным эластичным бинтованием является предпочтительным.

28. Медицинскими показаниями к использованию компрессионного трикотажа являются:

- флебопатия нижних конечностей (C0);
- ВБНК (C1–C4);
- лечение трофических язв (C6);
- медицинская профилактика рецидива трофической язвы (C5);
- период после хирургических вмешательств на поверхностных венах (стриппинг, эндовенозная термооблитерация, минифлебэктомия);
- склеротерапии ТАЭ и РВ (в течение 3–4 недель);
- тромбофлебит поверхностных вен;
- ПТБ;
- лимфатический отек.

29. Медицинскими противопоказаниями к назначению компрессионного лечения являются:

- сердечная недостаточность высокого функционального класса;
- состояние после шунтирующих операций на артериях нижних конечностей (поверхностное расположение шунта в месте предполагаемой компрессии);
- систолическое давление на уровне лодыжки менее 70 мм.рт.ст.;
- тяжелая периферическая нейропатия;
- дерматит;

аллергические реакции на компоненты медицинских эластичных компрессионных изделий;

истончение кожи над костными выступами и деформациями;

сочетание венозных трофических язв с окклюзионными поражениями артерий нижних конечностей (ЛПИ $<0,6$, давление на голени <60 мм.рт.ст., пальцевое давление <30 мм.рт.ст.).

30. Лекарственными препаратами базисной фармакотерапии ХЗВ являются ФЛП (флебопротекторы, венотоники, флеботоники).

Основными ФЛП для перорального применения являются:

флавоноиды (диосмин+гесперидин);

сапонины (экстракт семян конского каштана – эсцин, иглицы экстракт+гесперидин+аскорбиновая кислота).

31. Медицинскими показаниями к применению ФЛП являются:

субъективные симптомы, связанные с ХЗВ (венозная боль, тяжесть в ногах, дискомфорт, зуд, неприятные ощущения (боль) по ходу варикозно расширенных вен, парестезии, ночные судороги и другие веноспецифичные жалобы);

признаки ХВН (хронический венозный отек, а также трофические нарушения кожи, включая венозные язвы);

СТВП;

предменструальные отеки;

периоперационный период.

32. Медицинскими противопоказаниями к приему ФЛП являются:

непереносимость;

прогнозируемый высокий риск нежелательных побочных реакций.

33. ФЛП назначаются в виде монотерапии, поскольку одновременный прием двух и более лекарственных препаратов, относящихся к родственным химическим классам, не усиливает терапевтический эффект, но увеличивает вероятность развития нежелательных побочных реакций.

34. Прием курса ФЛП целесообразно начинать в период ожидаемого обострения заболевания или вероятного нарушения компрессионного режима.

35. При хроническом венозном отеке (С3), трофических нарушениях кожи и особенно открытых язвах (С4–С6) ФЛП назначаются курсами на 3–6 месяцев и более не реже 2 раз в год.

При тяжелых формах ХВН, в том числе у пациентов, страдающих ожирением и испытывающих непреодолимые трудности при использовании компрессионных бандажей или медицинского трикотажа, а также когда компрессионная терапия невозможна, ФЛП назначаются постоянно.

ГЛАВА 4

ИНВАЗИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ХЗВ

36. Инвазивное лечение пациентов с ХЗВ, как правило, сочетает несколько методов, выполняемых одновременно или поэтапно.

С целью устранения патологического венозного рефлюкса используются удаление, термооблитерация, склерооблитерация и (или) облитерация с помощью нетермических нетумесцентных методов.

37. Стратегия лечения пациентов с ВБНК определяется с учетом клинического статуса, особенностей венозной гемодинамики (наличия или отсутствия венозного рефлюкса, его длительности и протяженности) и оснащенности организации здравоохранения необходимым медицинским оборудованием для выполнения хирургического вмешательства, включая термические методы облитерации.

Медицинским показанием к инвазивному лечению ВБНК является наличие венозного рефлюкса крови в поверхностных и (или) перфорантных венах у пациентов с классами С2–С6.

Наличие венозного рефлюкса крови по стволам БПВ, МПВ, подколенной вены при отсутствии варикозной трансформации подкожных вен не является медицинским

показанием к хирургическому лечению. Пациенту необходимо динамическое наблюдение и консервативное лечение.

38. Хирургические вмешательства на подкожных венах могут выполняться в амбулаторных и стационарных условиях организаций здравоохранения под тумесцентной анестезией.

39. Склеротерапия является одним из методов лечения ХЗВ, основанным на введении в просвет вены склерозанта.

Перед выполнением склеротерапии пациент информируется об ожидаемых результатах, возможных побочных реакциях и осложнениях.

Прием антикоагулянтов не является медицинским противопоказанием к проведению склеротерапии.

Для устранения РВ и ТАЭ склеротерапия является наиболее эффективным методом.

40. Для увеличения стабильности окклюзии ствола БПВ (диаметром <6 мм) рекомендуется использование метода пенной катетерной эхо-контролируемой склеротерапии, в том числе с применением предварительной перивенозной тумесцентной инфильтрации тканей, так как пенная форма склеротерапии по эффективности превосходит жидкую.

Для приготовления пенной формы склерозанта допустимо использование нестерильного атмосферного воздуха.

Пенная форма склерозанта готовится по методу, предложенному L. Tessari: смешивание склерозанта и атмосферного воздуха в соотношении 1:4 выполняется с помощью двух шприцев, соединенных через трехходовый переходник.

Для пункции и введения в просвет вены пенного склерозанта используется игла диаметром не менее 25G.

При наличии варикозного расширения вен с венозным рефлюксом из вен таза проведение склеротерапии возможно, как изолированно, так и в сочетании с устранением венозного рефлюкса в яичниковых венах и системе БПВ.

41. Абсолютными медицинскими противопоказаниями к склеротерапии являются:

- известная аллергия на склерозант;
- острый ТГВ и (или) тромбоэмболия легочной артерии;
- системные заболевания с тяжелым течением в стадии обострения;
- локальный инфекционный процесс в зоне предполагаемой инъекции или генерализованной инфекции;
- длительный постельный режим или иммобилизация;
- наличие известного инструментально подтвержденного сброса крови справа налево (открытое овальное окно) – для использования пенной формы.

42. Относительными медицинскими противопоказаниями к склеротерапии являются:

- беременность;
- период лактации (если решено выполнить склеротерапию, рекомендуется прекратить грудное вскармливание на 2–3 дня);
- тяжелые формы облитерирующих заболеваний артерий нижних конечностей (хроническая артериальная недостаточность II б–IV степени);
- наличие хронических заболеваний в стадии декомпенсации;
- высокий риск венозных тромбоэмболических осложнений (далее – ВТЭО), включая острый тромбофлебит, эпизоды ВТЭО в анамнезе, известная наследственная тромбофилия, подтвержденное состояние гиперкоагуляции, злокачественные заболевания;
- неврологические нарушения, включая мигрень, наблюдавшиеся при ранее выполненных сеансах склеротерапии.

43. Медицинская профилактика и лечение возможных осложнений и побочных реакций при выполнении склеротерапии:

- при появлении аллергической реакции вмешательство останавливается;
- для предотвращения возникновения глубоких некрозов кожи склеротерапия выполняется пенной или жидкой формой склерозанта под ультразвуковым контролем;
- перед склеротерапией исключается наличие артериовенозных фистул;

при возникновении болевых ощущений во время введения склерозанта вмешательство прекращается. При подозрении на внутриаартериальное введение вводится лечебная доза гепарина в сосуд либо через катетер, либо системно;

во избежание возникновения кожных некрозов склерозант не вводится под избыточным давлением, при этом для устранения РВ и ТАЭ рекомендуется использовать низкие концентрации склерозанта;

с целью уменьшения риска возникновения стойкой гиперпигментации применяется компрессионный трикотаж, сгустки крови удаляются из просвета вены через 2–3 недели после склеротерапии (если таковые имеются);

с целью снижения риска вторичных ТАЭ при проведении склеротерапии устраняются все возможные источники венозного рефлюкса, не применяется склерозант в высоких концентрациях и большом объеме, не вводится под избыточным давлением, применяется компрессионный трикотаж после выполнения вмешательства;

при возникновении вторичных ТАЭ рекомендуется выжидательная тактика в течение нескольких месяцев. Для устранения «фиолетовых» вторичных ТАЭ выполняется УЗДС с целью выявления питающей вены и ее последующей склеротерапии или удаления;

для устранения «красных» вторичных ТАЭ используется транскутанный лазер или склеротерапия низкоконцентрированными растворами склерозантов;

пациентам, страдающим мигренью, а также при наличии анамнестических указаний на возникновение неврологических реакций при ранее выполненной склеротерапии процедура проводится в случае, если индивидуальная польза значительно превышает риск. Предпочтение отдается жидкой форме склерозанта (не более 2,5 мл);

с целью медицинской профилактики воздушной эмболии артерий головного мозга не вводится более 10 мл пенной формы склерозанта во время одного хирургического вмешательства;

пациентам с высоким индивидуальным риском ВТЭО (наличие эпизодов ВТЭО в анамнезе, верифицированная наследственная тромбофилия) проводится фармакопрофилактика, используется эластичная компрессия, проводится максимально ранняя активизация пациента после выполнения вмешательства.

44. В основе хирургического лечения пациентов с ВБНК лежит комбинированная флебэктомия, которая может включать следующие этапы:

высокую приустьевую перевязку и пересечение БПВ и (или) МПВ со всеми притоками (кроссэктомия);

удаление стволов БПВ и (или) МПВ (стриппинг);

удаление варикозно измененных притоков БПВ и МПВ;

ликвидацию несостоятельных перфорантных вен.

45. Оптимальным для кроссэктомии БПВ является доступ по паховой складке. БПВ лигируется пристеночно к бедренной вене. Необходимость в ушивании овального окна после кроссэктомии отсутствует. Применение «заплат» из политетрафторэтилена для медицинской профилактики неоангиогенеза не рекомендуется.

Кроссэктомия или приустьевое лигирование БПВ без удаления ствола может быть рекомендована как вариант методики CHIVA (Conservative Hemodynamic Insufficiency Venous Ambulatory). Несостоятельный ствол БПВ лигируется в двух местах: у устья и ниже связанного со стволом БПВ перфоранта, расположенного дистальнее места впадения варикозно расширенного притока, устраняя венозный рефлюкс из глубоких вен.

Хирургическое вмешательство по методике CHIVA выполняется после предоперационного анализа гемодинамических и морфологических изменений в поверхностных венах при помощи УЗДС.

46. При сафенэктомии рекомендуется использовать инверсионные методики (в том числе PIN-стриппинг) или криофлебэктомию.

47. При выборе направления удаления вены рекомендуется осуществлять тракцию сверху вниз (ретроградно), за исключением криофлебэктомии, методика которой предполагает антеградное удаление вены.

48. Флебэктомия с применением небольших разрезов и инвагинационного стриппинга снижает травматичность хирургического вмешательства.

Протяженность и объем стриппинга определяет врач-специалист, выполняющий хирургическое вмешательство с учетом имеющихся особенностей анатомии, гемодинамики и конкретной клинической ситуации.

Не рекомендуется осуществлять тотальный стриппинг – удаление БПВ на всем протяжении из-за более высокой частоты повреждения подкожных нервов по сравнению с удалением БПВ от устья до верхней трети голени.

Удаление неизмененного ствола БПВ на голени не рекомендуется.

49. Удаление МПВ выполняется в пределах наличия венозного рефлюкса, а также с использованием инвагинационных способов.

Хирургические вмешательства на МПВ проводятся в положении пациента лежа на животе. Лигирование приустьевого отдела МПВ выполняется из поперечного доступа в зоне сафено-поплитеального соустья (далее – СПС).

50. Удаление варикозно измененных притоков БПВ и МПВ выполняется по методике минифлебэктомии с применением соответствующих инструментов через отдельные проколы кожи, не требующие наложения швов.

По согласованию с пациентом возможно оставление части варикозно измененных вен для последующей склерооблитерации.

51. В условиях трофических изменений кожи и подкожной клетчатки варикозные узлы могут полностью не удаляться.

52. Медицинским показанием к устранению перфорантных вен является объективно зарегистрированный с помощью УЗДС патологический венозный рефлюкс по ним.

Хирургические вмешательства выполняются на перфорантных венах диаметром более 3,5 мм, локализующихся в зоне открытой или зажившей трофической язвы (классы С5–С6) с продолжительностью венозного рефлюкса по ним более 0,5 с.

Для устранения венозного рефлюкса по перфорантным венам при отсутствии трофических изменений кожи выполняется их надфасциальная перевязка с применением инструментов для минифлебэктомии.

53. В условиях трофических изменений кожи разрезы в пораженной области не выполняются.

54. Предпочтительными методами устранения горизонтального венозного рефлюкса являются выполняемые под ультразвуковым контролем склерозирование или лазерная облитерация несостоятельных перфорантных вен.

55. Эндоскопическая субфасциальная диссекция перфорантных вен используется при неэффективности малоинвазивных способов или в ситуациях, когда их применение невозможно.

56. Открытая диссекция перфорантных вен (метод Линтона–Фельдера) для пересечения несостоятельных перфорантных вен не применяется в хирургии ВБНК в связи с высокой травматичностью и наличием альтернативных малоинвазивных методик.

57. При возникновении рецидива ВБНК с целью выявления вен с патологическим венозным рефлюксом, его протяженности, картирования и маркировки данных сосудов, а также оценки проходимости глубоких вен выполняется УЗДС.

58. Повторные открытые хирургические вмешательства в зоне СФС и СПС у пациентов с рецидивом ВБНК не рекомендуются, так как они сопряжены с высоким риском интраоперационных осложнений.

59. Изолированная минифлебэктомия при рецидивах ВБНК снижает риск развития послеоперационных осложнений.

60. Склерооблитерация применяется как самостоятельный метод лечения рецидива ВБНК или в сочетании с открытым хирургическим вмешательством или термооблитерацией.

61. Медицинские показания к проведению эндовазальной термической облитерации аналогичны медицинским показаниям к применению открытых хирургических вмешательств.

62. Абсолютными медицинскими противопоказаниями для проведения термооблитерации являются:

невозможность самостоятельно передвигаться после хирургического вмешательства;
острый ТГВ нижних конечностей;

тяжелое общее состояние пациента.

63. Термические методы лечения не применяются у иммобилизованных и ограниченно подвижных пациентов, при беременности, при облитерирующих заболеваниях артерий нижних конечностей (ЛПИ $<0,6$ и (или) систолическое давление на берцовых артериях <60 мм.рт.ст.).

64. Термооблитерация ствола БПВ или МПВ дополняется удалением (или склерооблитерацией) варикозно измененных притоков одномоментно или отсрочено.

65. Термооблитерация не дополняется кроссэктомией, за исключением случаев локализации венозных аневризм в месте впадения БПВ в ОБВ.

66. Пункция вены не выполняется в зоне острого воспалительного процесса кожи и мягких тканей.

67. Эндовазальная термическая облитерация от момента пункции вены до завершения манипуляции выполняется под ультразвуковым контролем.

68. При выполнении термооблитерации осуществляется тумесцентная анестезия, то есть введение раствора анестетика с возможным добавлением адреналина и бикарбоната натрия, что обеспечивает обезболивание, внешнее сдавление вены с уменьшением ее диаметра и максимально возможное вытеснение крови для обеспечения тесного контакта венозной стенки с источником термического воздействия и уменьшения нежелательного поглощения энергии кровью.

69. При выполнении хирургического вмешательства с применением проводниковой анестезии или наркоза под ультразвуковым контролем создается «гидроизоляция» вокруг ствола БПВ или МПВ с помощью физиологического раствора.

70. Облитерация здоровых сегментов БПВ и МПВ, за исключением коротких участков, расположенных дистальнее впадающих варикозных притоков, не проводится.

71. Для термооблитерации применяются лазеры с длиной волны 1320–2000 нм.

72. При лечении венозных трофических язв в период острой гнойной экссудации термооблитерация не применяется.

73. После стихания острого воспаления, не дожидаясь эпителизации язвы, допускаются стволовая термооблитерация и облитерация несостоятельных перфорантных вен в зоне язвы.

74. Хирургическое вмешательство при тромбозе поверхностных вен может сочетать несколько общепринятых вариантов оперативного пособия: кроссэктомию; тромбэктомию из магистральных вен; стриппинг; минифлебэктомию; пункционную тромбэктомию.

75. Кроссэктомия является перевязкой БПВ или МПВ у устья с обязательным лигированием всех приустьевых притоков и иссечением ствола подкожной вены в пределах операционной раны, целесообразна при непосредственной угрозе распространения тромба на глубокие вены (при локализации его проксимальной границы ближе 3 см от соустья) и (или) невозможности адекватной антикоагулянтной терапии (далее – АКТ) и контроля ее эффективности.

При удаленности проксимальной границы тромба более чем на 3 см от соустья, но в пределах проксимальной трети сегмента конечности кроссэктомия проводится пациентам с ограниченной возможностью АКТ.

Кроссэктомия показана пациентам с повышенным риском кровотечения (при невозможности применения адекватной АКТ).

76. Тромбэктомия из магистральных глубоких вен выполняется при распространении тромбоза за пределы СФС либо СПС. Выбор доступа и метода тромбэктомии определяется уровнем расположения проксимальной части тромба.

77. После освобождения соустья выполняется кроссэктомия с последующим назначением профилактических или промежуточных доз антикоагулянтов с оценкой риска развития ВТЭО.

78. Стриппинг БПВ или МПВ включает приустьевое лигирование и удаление тромбированного ствола БПВ или МПВ. Хирургическое вмешательство выполняется не ранее, чем через 3 недели от момента начала заболевания.

79. Комбинированная флебэктомия предусматривает после выполнения кроссэктомии и стриппинга удаление всех варикозно расширенных (тромбированных)

и нетромбированных) вен (может быть выполнена у соматически неотягощенных пациентов не ранее, чем через 2–3 недели от начала заболевания).

80. Пункционная тромбэктомия из тромбированных узлов подкожных вен выполняется на фоне выраженного перифлебита.

81. Удаление тромбов из пораженных вен в условиях адекватной послеоперационной эластичной компрессии приводит к быстрому уменьшению болевого синдрома и явлений асептического воспаления.

82. Хирургические вмешательства на глубоких венах не проводятся одновременно с хирургическим вмешательством на подкожных и перфорантных венах. Их выполнение показано только пациентам с классами C5–C6 и венозным рефлюксом по глубоким венам III–IV степени (до уровня коленного сустава и ниже), а также при неэффективности всех ранее использованных методов как хирургического, так и консервативного лечения.

83. Хирургические вмешательства при ПТБ направлены на восстановление проходимости глубоких вен и создание новых клапанов.

84. Объем хирургического вмешательства при ПТБ определяется индивидуально, исходя из клинической картины и результатов инструментального обследования пациентов, включая рентгеноконтрастные методы диагностики, а в ряде случаев и ВСУЗИ.

85. При обструкции подвздошных вен с тяжелыми клиническими проявлениями ПТБ (незаживающая трофическая язва, венозная перемежающаяся хромота) эндоваскулярное лечение является методом выбора.

86. При отсутствии возможности выполнения эндоваскулярного вмешательства допускается проведение гибридной реконструкции – сочетания открытой эндофлебэктомии и стентирования.

87. При ПТБ флебэктомия, эндовенозная лазерная облитерация, радиочастотная облитерация не применяются в качестве рутинных манипуляций. Решение о необходимости и возможности удаления подкожных вен принимается на основании тщательного анализа клинических и анамнестических сведений, результатов инструментальных исследований.

88. Флебэктомия при ПТБ проводится при проходимости проксимальных сегментов венозного русла глубоких вен (бедренные и подвздошные вены), при наличии выраженной варикозной трансформации подкожных вен и патологического венозного рефлюкса по БПВ, МПВ и их притокам.

89. При одностороннем тромботическом поражении бедренного сегмента возможно формирование сафеноподколенного анастомоза по методу Мей–Хусни. При односторонней окклюзии подвздошных вен возможно хирургическое вмешательство Пальма–Эсперона (перекрестное бедренно-бедренное аутовенозное шунтирование).

Для выполнения хирургических вмешательств, указанных в части первой настоящего пункта, необходимо соблюдение обязательных условий: отсутствие посттромботических изменений в венах контралатеральной стороны; наличие аутовены диаметром не менее 6–7 мм.

90. Пациентам с окклюзией вен подвздошного сегмента без тяжелых клинических проявлений эндоваскулярные или хирургические вмешательства не показаны, осуществляется консервативное лечение.

91. На протяжении первых 6–12 месяцев после стентирования глубоких вен, включая синдром Мей–Тернера, осуществляется АКТ.

После прекращения приема антикоагулянтов рекомендуется постоянный прием дезагрегантов.

92. В течение первых 2–6 недель после имплантации стента в качестве АКТ низкомолекулярные гепарины являются лекарственными препаратами выбора.

93. Клинически и гемодинамически значимыми являются стенозы с уменьшением площади поперечного сечения вены на 50 и более %.

94. Для коррекции патологического венозного рефлюкса в магистральных глубоких венах и ликвидации клапанной недостаточности возможно создание новых клапанов из собственных тканей либо транспозиция поверхностных вен с нормально функционирующими клапанами.

В качестве трансплантата можно использовать подмышечную вену, БПВ или участок донорской вены с состоятельным клапаном.

ГЛАВА 5

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ВБТ

95. Предрасполагающими факторами развития ВБТ являются:

генетическая предрасположенность;
беременность и роды;
аорто-мезентериальная компрессия левой почечной вены;
синдром Мея–Тернера;
ПТБ;
хронические окклюзии подвздошных вен, нижней полой вены;
венозные мальформации.

96. Пациенты женского пола с подозрением на ВБТ проходят обследование у врача-акушера-гинеколога по месту жительства (месту пребывания) с целью исключения гинекологических заболеваний.

97. Обязательными диагностическими мероприятиями при ВБТ в стационарных условиях являются:

сбор жалоб и анамнеза;
медицинский осмотр;
общая термометрия;
осмотр, пальпация конечностей;
измерение АД;
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, АсАТ, АлАТ, электролитов (калий, кальций, натрий, хлор);
исследование уровня глюкозы в крови;
коагулограмма (определение фибриногена, АЧТВ, протромбинового времени, МНО);
общий анализ мочи;
инструментальные методы исследования:
УЗДС вен нижних конечностей;
УЗДС вен таза;
ЭКГ;
обзорная рентгенография или рентгеноскопия ОГК;
консультация врача-акушера-гинеколога.

98. Дополнительными диагностическими мероприятиями при ВБТ в стационарных условиях являются:

консультации врачей-специалистов;
консультация врача-ангиохирурга;
пальцевое исследование прямой кишки;
эзофагогастродуоденоскопия;
фиброколоноскопия;
ирригоскопия;
Эхо-КГ;
УЗИ органов брюшной полости (комплексное) и забрюшинного пространства;
сцинтиграфия тазовых вен (эмиссионная компьютерная томография);
МСКТ (МСКТА) и (или) МРТ (МРА) вен таза;
ренофлебография, селективная овариография и тазовая флебография.

99. Объективными признаками ВБТ являются:

вульварный варикоз;
промежностный варикоз;
болезненность при пальпации гипогастральной области, левой или правой подвздошных областей.

100. УЗДС вен таза выполняется в положении лежа в двух модификациях:

трансабдоминально – исследуются нижняя полая, почечные и подвздошные вены, почечный сегмент левой гонадной вены;

трансвагинально – исследуются вены матки, параметрия, яичниковый сегмент гонадных вен с проведением пробы Вальсальвы.

101. Ультрасонографическими признаками ВБТ являются:

расширение гонадных вен более 5 мм в диаметре с наличием патологического венозного рефлюкса крови по ним;

варикозное расширение вен гроздьевидного и маточного сплетений, вен параметрия (диаметр более 3–4 мм);

ретроградный кровоток по этим сосудам.

102. МСКТ тазовых вен выполняется пациентам с верифицированным ультразвуковыми и радионуклидными методами диагнозом ВБТ, с рецидивом тазовых вен после хирургического вмешательства на гонадных венах.

103. Рентгенотомографическим признаком ВБТ является контрастирование расширенных гонадных вен и тазовых венозных сплетений в сагиттальной, фронтальной и аксиальной проекциях.

104. Ренофлебография, селективная овариография и тазовая флебография применяются у пациентов, которым планируется хирургическое вмешательство на гонадных венах, а также у пациентов с рецидивом ВБТ в послеоперационном периоде.

105. Флебографическими признаками ВБТ являются:

расширение гонадных вен >4 мм;

венозный рефлюкс контрастного вещества в левую и (или) правую яичниковую вену с контрастированием гроздьевидного и маточного венозных сплетений;

депонирование контраста в венах параметрия, матки и его переток на противоположную сторону.

106. Методами лечения ВБТ являются:

компрессионная терапия (компрессии гипогастриальной, паховых и ягодичных областей с помощью шорт 2-го класса компрессии);

этапная пенная склерооблитерация;

склерооблитерация гонадных вен (применяются жидкие либо пенные формы склерозантов в высоких концентрациях. Склерозант вводится в дистальные отделы гонадных вен до полного заполнения гроздьевидного сплетения и вен параметрия).

107. Хирургическое вмешательство выполняется пациентам с клиническими признаками ВБТ, расширением гонадных вен и внутритазовых венозных сплетений и венозным рефлюксом крови по ним (по данным инструментальных методов исследования), при наличии варикозных вен наружных половых органов, синдроме Мея–Тернера и мезоаортальной компрессии левой почечной вены с ренокавальным градиентом >5 мм.рт.ст.

108. При ВБТ выполняются хирургические вмешательства на:

подкожных венах промежности и нижних конечностей;

гонадных венах;

левой почечной и левой общей подвздошной венах.

109. Оптимальным способом устранения вульварного и промежностного варикоза является флэбэктомия из небольших разрезов с перевязкой питающих вен или склерооблитерация в этой зоне.

110. Внебрюшинная резекция гонадных вен выполняется с помощью внебрюшинного доступа Пирогова в левой или правой подвздошных областях. Мобилизация вены составляет не менее 10 см с перевязкой всех притоков и сателлитных вен.

При выполнении хирургического вмешательства с целью минимизации оперативного доступа и снижения травматизации рекомендуется использование набора инструментов «миниассистент» (при его наличии).

111. Трансперитонеальная (лапароскопическая) эндоскопическая резекция гонадных вен проводится с применением 3–4 доступов-портов, через которые в брюшную полость после наложения карбоксиперитонеума вводится видеокамера и манипуляторы. Выделяются гонадные вены, клипируются и резецируются дистальный и проксимальный

отрезки сосуда. Протяженность резецированного участка вены должна быть не менее 10 см (методика предпочтительнее при двустороннем поражении яичниковых вен).

112. Ретроперитонеальная эндоскопическая резекция гонадных вен выполняется в положении на боку пациента на правом либо левом боку (в зависимости от стороны поражения). Ретрокарбокситонеум накладывается пункционно, с помощью иглы Вереша. Порт видеокамеры устанавливается между XII ребром и задней верхней остью подвздошной кости, формируется ретроперитонеальный доступ. Затем устанавливаются дополнительно два порта 5 мм для инструментов. Далее хирургическое вмешательство аналогично трансперитонеальной методике (вариант хирургического вмешательства оптимален при одностороннем поражении гонадных вен).

113. Хирургическое вмешательство на левой почечной вене выполняется в случае сдавления ее между аортой и верхней брыжеечной артерией. Медицинским показанием к хирургическому вмешательству является градиент давления между нижней полую и левой почечной венами, превышающий 8–10 мм.рт.ст. В этом случае выполняется транспозиция левой почечной вены, одновременно выполняется резекция левой гонадной вены.

114. Эндоваскулярное стентирование левой почечной вены рассматривается как альтернатива открытой и лапароскопической транспозиции левой почечной вены.

115. Эндоваскулярная эмболизация яичниковых вен проводится под местной анестезией путем пункции общей бедренной или внутренней яремной вены. Затем по катетеру-проводнику в гонадные вены доставляется эмболизат.

116. Пациентам с изолированным поражением внутритазовых венозных сплетений, с клинически манифестировавшим заболеванием, с латентной формой течения заболевания вне зависимости от распространенности ВБТ, а также в качестве предоперационной подготовки и в случае отказа от хирургического вмешательства показано консервативное лечение.

117. У пациентов с выраженным болевым синдромом (более 5 баллов по визуально-аналоговой шкале) допустимо применение удвоенной дозы диосмин+гесперидин (2000 мг/сут.) в течение 1 месяца с последующим переходом на стандартную дозировку 1000 мг 1 раз в сутки.

ГЛАВА 6

МЕДИЦИНСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ХЗВ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

118. Медицинское наблюдение пациентов с ХЗВ в амбулаторных условиях осуществляется в организациях здравоохранения, оказывающих медицинскую помощь по месту жительства (месту пребывания), месту работы (учебы, службы) граждан, иных организациях здравоохранения.

119. Медицинское наблюдение пациентов с ХЗВ в амбулаторных условиях, за исключением пациентов с ВБТ, осуществляют врач-хирург, врач-терапевт, врач общей практики и (или) врачи-специалисты по профилю заболевания с учетом имеющейся сопутствующей патологии.

120. Диагностические исследования и кратность медицинского наблюдения врачей-специалистов в течение первого года и последующих лет назначаются по медицинским показаниям.

121. Медицинское наблюдение пациентов с ВБТ в амбулаторных условиях осуществляют врач-акушер-гинеколог, врач-уролог, врач-хирург.

122. Медицинское наблюдение беременных женщин с ХЗВ в амбулаторных условиях осуществляют врач-акушер-гинеколог, врач-хирург.

123. Медицинское наблюдение пациентов с ХЗВ, перенесших хирургические вмешательства, в амбулаторных условиях осуществляется врачом-хирургом ежегодно на протяжении 3 лет (при отсутствии рецидива заболевания).

124. Медицинское наблюдение пациентов, перенесших хирургические вмешательства на глубоких венах (подвздошных, полых), в амбулаторных условиях осуществляется врачом-ангиохirurgом ежегодно на протяжении 3 лет.

125. В течение 1 года после перенесенного хирургического вмешательства медицинский осмотр пациента осуществляется через 3, 6 и 12 месяцев после

хирургического вмешательства, последующие годы – медицинский осмотр пациента осуществляется 1 раз в год.

126. Диагностические исследования и кратность их проведения в течение первого года и последующих лет медицинского наблюдения назначаются по медицинским показаниям.

ГЛАВА 7

МЕДИЦИНСКАЯ ПРОФИЛАКТИКА ХЗВ

127. Ранняя активизация пациента после применения хирургических вмешательств, включая методы термооблитерации, является важным условием медицинской профилактики венозного тромбоза, других системных послеоперационных осложнений, а также рецидива ХЗВ.

128. Медицинская профилактика ХЗВ направлена на устранение прогрессирования венозной недостаточности и предусматривает изначально устранение или коррекцию факторов риска.

129. Коррекция факторов риска предусматривает:

правильное питание – диета с низким содержанием животного белка, жиров и рафинированных углеводов, минимум соленого и копченого, включение в рацион рыбы, свежих фруктов и овощей, продуктов, богатых клетчаткой, с повышенным содержанием витамина С, мукополисахаридов;

нормализацию массы тела;

отказ от употребления алкоголя, никотина;

устранение статических нагрузок и увеличение физической активности;

исключение нерациональных привычек: горячие ванны, сауна, длительное пребывание на солнце;

устранение заболеваний, приводящих к повышению внутрибрюшного давления.

130. Методом медицинской профилактики осложнений и прогрессирования заболевания у пациентов с ХЗВ класса С2 по классификации СЕАР является своевременное проведение лечения с устранением источников венозного рефлюкса и варикозных вен.

131. Пациентам с ХЗВ от С3–С4 (СЕАР) на фоне первичного венозного рефлюкса при невозможности устранения источника венозного рефлюкса рекомендовано использование эластичной компрессии от 20–30 мм.рт.ст.

132. При отсутствии возможности проведения своевременного хирургического вмешательства, в связи с наличием у пациентов тяжелой сопутствующей патологии или других причин при наличии ВБНК, с целью замедления темпов прогрессирования заболевания применяется эластическая компрессия.

133. При условии того, что беременность может рассматриваться как временный фактор риска развития ВБНК, профилактическое назначение лекарственных препаратов или эластической компрессии здоровым женщинам во время беременности нецелесообразно.

Приложение
к клиническому протоколу
«Диагностика и лечение
пациентов с хроническими
заболеваниями вен (взрослое
население)»

Классификация СЕАР

Клинический раздел (С)	
С0 – нет видимых или пальпируемых признаков ХЗВ; С1 – ТАЭ или РВ; С2 – варикозно измененные подкожные вены; С2r – рецидив варикозных вен;	При наличии симптомов ХЗВ к обозначению клинического класса добавляется S. При отсутствии симптомов добавляется А. Классы ХЗВ не являются стадиями заболевания. Между ними нет последовательной связи, заболевание

C3 – отек; C4 – трофические изменения кожи и подкожных тканей: a – гиперпигментация и (или) венозная экзема; b – липодерматосклероз и (или) белая атрофия кожи; c – флебэктатическая корона; C5 – зажившая венозная язва; C6 – открытая (активная) венозная язва (первичная); C6r – рецидивирующая трофическая язва	может проявиться сразу отеком и трофическими нарушениями
Этиологический раздел (E)	
Ec – врожденное заболевание; Eo – первичное заболевание; Es – вторичное заболевание с известной причиной; En – не удастся установить этиологический фактор	Указывается происхождение заболевания
Анатомический раздел (A)	
As – поверхностные вены; Ap – перфорантные вены; Ad – глубокие вены; An – не удастся выявить изменения в венозной системе	Указывается локализация патологических изменений
Патофизиологический раздел (P)	
Pr – венозный рефлюкс; Po – окклюзия; Pr, o – сочетание венозного рефлюкса и окклюзии; Pn – не удастся выявить изменения в венозной системе	Указывается характер нарушений венозной гемодинамики