Приложение
к приказу № 180
от «23» июня 2025 года
Министерства здравоохранения
Республики Узбекистан

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН
РЕСПУБЛИКАНСКИЙ НАУЧНЫЙ ЦЕНТР ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

НАЦИОНАЛЬНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОТОКОЛЫ ПО НОЗОЛОГИИ «ВАРИКОТРОМБОФЛЕБИТ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ»

ТАШКЕНТ – 2025

«СОГЛАСОВАНО»
Директор Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи
Д.А. Алимов

_____

«_____» май_____ 2025 год

НАЦИОНАЛЬНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОТОКОЛЫ ПО НОЗОЛОГИИ «ВАРИКОТРОМБОФЛЕБИТ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ»

ТАШКЕНТ - 2025

НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПО НОЗОЛОГИИ «ВАРИКОТРОМБОФЛЕБИТ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ»

ТАШКЕНТ - 2025

1. Введение

Варикотромбофлебит – это термин, обозначающий наиболее распространенную форму тромбофлебита, при которой патологический процесс поражает варикозно-расширенные поверхностные вены нижних конечностей. В подавляющем большинстве случаев он является осложнением варикозной болезни, реже возникает при посттромбофлебитической болезни. Частота развития этого осложнения достигает до 30% [1]. Настоящий национальный клинический протокол МКБ-11 BD70.0 (Поверхностный тромбофлебит нижних конечностей) разработан для больных с диагнозом варикотромбофлебит нижних конечностей, предназначен для использования в ЛПУ (хирургических стационарах различного уровня).

Международная классификация болезней – МКБ-10/11 код (ы):

МКБ-10		МКБ-11	
Код	Название	Код	Название
I80.0	Флебит и тромбофлебит поверхностных сосудов нижних конечностей	BD70.0	Поверхностный тромбофлебит нижних конечностей
	https://mkb-11.com/index.php?pid=531		https://mkb-10.com/index.php?pid=8398

Дата разработки и пересмотра протокола:

- 2025 год, дата пересмотра 2028 г. или по мере появления новых ключевых доказательств. Все поправки к представленным рекомендациям будут опубликованы в соответствующих документах.
- Ответственное учреждение по разработке данного клинического протокола и стандарта: Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи.

УЧАСТНИКИ В РАЗРАБОТКЕ НАЦИОНАЛЬНЫХ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОТОКОЛОВ И СТАНДАРТОВ:

1.	Туляганов Даврон Бахтиярович	Генеральный директор РНЦЭМП, д.м.н.	РНЦЭМП МЗ РУз
2.	Алимов Данияр Анварович	Директор РНЦЭМП, д.м.н., профессор	РНЦЭМП МЗ РУз
3.	Акилов Хабибулла Атауллаевич	Ректор ЦРПКМР, д.м.н., профессор	ЦРПКМР
4.	Атаджанов Шухрат Камилович	Заместитель директора РНЦЭМП по науке и подготовке кадров, д.м.н.	РНЦЭМП МЗ РУз
5.	Стопницкий Амир Александрович	Ученый секретарь РНЦЭМП, к.м.н.	РНЦЭМП МЗ РУз

6.	Эрметов Азиз Ташметович	Директор Ташкентского областного филиала РНЦЭМП, д.м.н.	Ташкентский областной филиал РНЦЭМП МЗ РУз
7.	Хакимов Дильшод Мамадалиевич	Директор Андижанского филиала РНЦЭМП, д.м.н.	Андижанский филиал РНЦЭМП МЗ РУз
8.	Янгиев Бахтиёр Ахмедович	Директор Сурхандарьинского филиала РНЦЭМП, к.м.н.	Сурхандарьинский филиал РНЦЭМП
9.	Жалалов Бахром Зухритдинович	Директор Навоийского филиала РНЦЭМП, к.м.н.	Навоийский филиал РНЦЭМП

Список основных авторов:

1. **Муминов Шухрат Манапович** – д.м.н., старший научный сотрудник отделения хирургии сосудов с микрохирургией РНЦЭМП
2. **Хамидов Бахтияр Пулатович** - к.м.н., врач-ординатор отделения хирургии сосудов с микрохирургией РНЦЭМП
3. **Ким Дмитрий Львович** - PhD, сосудистый хирург отделения хирургической трансплантологии РНЦЭМП

Рецензенты:	
Фокин Алексей Анатольевич	д.м.н., профессор, исполнительный директор Российского общества ангиологов и сосудистых хирургов, заведующий кафедрой хирургии ИДПО ФГБОУ ВО Южно-Уральский государственный медицинский университет Министерства здравоохранения Российской Федерации, заслуженный врач России
Мухамедова Барно Фархадовна	д.м.н., заместитель директора РНЦЭМП по лечебной работе

Клинический протокол обсужден и рекомендован к утверждению путем достижения неформального консенсуса на заседании Ученого Совета №5 - 14 ноября 2023 года, заседании Рабочей группы №1 - 15 ноября 2023 года.

Данный клинический протокол и стандарт был разработан под руководством заместителя министра здравоохранения Шарипова Ф.Р., начальника управления медицинского страхования Алмардоновым Ш.К., начальника отдела разработка и внедрения клинических протоколов и стандартов Нуримовой Ш.Р., главным специалистом отдела Джумаевой Г.Т. и ведущим специалистом отдела Рахимовой Н.Ф.

Выписка из протокола заседания Координационного совета при Минздраве (дата_____, номер_____)

ШКАЛА ОЦЕНКИ КЛАССОВ РЕКОМЕНДАЦИЙ

КЛАСС	ОПРЕДЕЛЕНИЕ	ПРОВЕДЕНИЕ
I	Конкретные методы лечения / тестирования / лечения / лечения доказаны или общеприняты, а потенциальные выгоды ясны и значительно выше потенциального риска.	Рекомендуется
II	Интенсивность данных и / или мышления различия или операция эффетивности / рискованному балансу / балансу риска, которые противоречат преимуществам конкретного лечения / тестирования / лечения / вмешательства.	Согласно цели
IIa	Большинство данных / мнения показывают преимущества / эффективность.	
IIb	Данные / Не очень убеждены в преимуществах / эффективности данных / мнений.	С крайней осторожностью

Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для методов диагностики (диагностических вмешательств)

УДД	Расшифровка
1	Систематические обзоры исследований с контролем референсным методом или систематический обзор рандомизированных клинических исследований с применением мета-анализа
2	Отдельные исследования с контролем референсным методом или отдельные рандомизированные клинические исследования и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением рандомизированных клинических исследований, с применением мета-анализа
3	Исследования без последовательного контроля референсным методом или исследования с референсным методом, не являющимся независимым от исследуемого метода или нерандомизированные сравнительные исследования, в том числе когортные исследования
4	Несравнительные исследования, описание клинического случая
5	Имеется лишь обоснование механизма действия или мнение экспертов

Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для профилактических, лечебных, реабилитационных вмешательств

УДД	Расшифровка
1	Систематический обзор РКИ с применением мета-анализа
2	Отдельные РКИ и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением РКИ, с применением мета-анализа
3	Нерандомизированные сравнительные исследования, в т.ч. когортные исследования
4	Несравнительные исследования, описание клинического случая или серии случаев, исследования «случай-контроль»
5	Имеется лишь обоснование механизма действия вмешательства (доклинические исследования) или мнение экспертов

Шкала оценки уровней убедительности рекомендаций (УУР) для профилактических, диагностических, лечебных, реабилитационных вмешательств

УУР	Расшифровка
A	Сильная рекомендация (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество, их выводы по интересующим исходам являются согласованными)
B	Условная рекомендация (не все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, не все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество и/или их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)
C	Слабая рекомендация (отсутствие доказательств надлежащего качества (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются неважными, все исследования имеют низкое методологическое качество и их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)

СОДЕРЖАНИЕ:

1	НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПО НОЗОЛОГИИ «ВАРИКОТРОМБОФЛЕБИТ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ»	9
2	НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ВАРИКОТРОМБОФЛЕБИТЕ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ	18
3	НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ПО ПРОФИЛАКТИКИ И РЕАБИЛИТАЦИИ ПО НОЗОЛОГИИ «ВАРИКОТРОМБОФЛЕБИТ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ»	27

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

ТГВ	тромбоз глубоких вен
БПВ	большая подкожная вена
МПВ	малая подкожная вена
ТЭЛА	тромбоэмболия легочной артерии
ЦДС	цветное дуплексное сканирование
АЛТ	аланинаминотрансфераза
АСТ	аспартатаминотрансфераза
ЭКГ	электрокардиография
НПВС	нестероидные противовоспалительные средства

2. Основная часть.

Варикотромбофлебит – это термин, обозначающий наиболее распространенную форму тромбофлебита, при которой патологический процесс поражает варикозно-расширенные поверхностные вены нижних конечностей. В подавляющем большинстве случаев он является осложнением варикозной болезни, реже возникает при посттромбофлебитической болезни. Частота развития этого осложнения достигает до 30%.

Варикотромбофлебит является самым распространенным острым сосудистым заболеванием, по поводу которого пациенты обращаются в поликлиники и госпитализируются в хирургические стационары. Это обусловлено высокой распространенностью варикозной болезни и посттромбофлебитического поражения вен. Заболевание чаще встречается у лиц женского пола.

Самым опасным осложнением варикотромбофлебита является распространение тромботического процесса в глубокие вены через сафенофеморальное или сафенопоплитеальное соустье, перфорантные вены с клапанной недостаточностью или возникает симультанно в любом венозном сегменте. По данным литературы в 10 % - 30% случаях наблюдается тромбоз глубоких вен на фоне варикотромбофлебита. Несвоевременное устранение угрозы перехода тромботического процесса на глубокие вены приводит не только к тромбозу глубоких вен, но и к высокому риску возникновения грозного осложнения как тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА) [В.С. Савельев, В.А, Гологорский, А.И. Кириенко и др.: Флебология: Руководство для врачей — Медицина, 2001. — 664 с: ил. — ISBN 5-225-04702-5; Ю.Л. Шевченко, Ю.М. Стойко: Клиническая флебология — М.: ДПК Пресс, 2016. - 256 с., ил.].

Классификация. По клиническому течению различают следующие типы по F. Verrel et al.

Тип I. Тромбоз дистальных отделов БПВ или МПВ или их притоков. Тромботический процесс локализуется дистальнее коленного сустава при поражении БПВ и ниже сафенопоплитеального соустья при поражении МПВ.

Угроза эмболии легочных артерий отсутствует. В дальнейшем тромбофлебит стихает или переходит в один из следующих типов.

Тип II. Тромбоз распространяется до сафенофеморального или сафенопоплитеального соустья, не переходя на бедренную/подколенную вену. Непосредственной угрозы эмболизации легочного артериального русла еще нет, но она становится реальной в ближайшее время при проксимальном распространении тромбоза.

Тип III. Тромбоз через устье поверхностной вены переходит на глубокую венозную систему. Верхушка такого тромба, как правило, первоначально носит неокклюзивный характер и свободно располагается в кровотоке бедренной или подколенной вены. Тромб фиксирован к венозной стенке лишь в проксимальном отделе подкожной вены. Угроза легочной эмболии, в том числе и фатальной, очень велика. В дальнейшем подобный тромб превращается в эмбол или становится пристеночным или окклюзивным тромбом магистральной глубокой вены. Дальнейшее распространение тромбоза по глубокой венозной системе в проксимальном и дистальном направлениях ведет к развитию протяженной окклюзии бедренно-подвздошного сегмента.

Тип IV. Тромбоз не распространяется на приустьевые отделы, но через несостоятельные перфорантные вены голени или бедра переходит на глубокую венозную систему. Наличие или отсутствие угрозы легочной эмболии зависит прежде всего от характера тромба (флотирующий, пристеночный или окклюзивный) в глубокой венозной магистрали.

Тип V. Любой из перечисленных вариантов тромбофлебита сочетается с изолированным симультанным тромбозом глубоких вен как пораженной, так и контралатеральной конечности.

3. Методы, подходы и процедуры диагностики

1) диагностические критерии:

жалобы и анамнез: клиническая картина определяется локализацией тромботического процесса в подкожных венах, его распространенностью, длительностью и степенью вовлечения в воспалительный процесс тканей, окружающих пораженную вену. Пациентов беспокоят гиперемия, уплотнение и тянущие боли по ходу тромбированных вен, ограничивающие движения в конечности, в ряде случаев недомогание, озноб, повышение температуры до 38,0 ^{o}C.

Чаще всего варикотромбофлебит развивается внезапно, без какой-либо видимой причины. Иногда ему предшествует травма области расширенных подкожных вен или респираторное вирусное заболевание (например, грипп). Обычно превалируют яркие местные симптомы, самочувствие большинства больных остается удовлетворительным. Врачу необходимо уточнить время возникновения симптомов, а также какие диагностические и лечебные мероприятия проведены с тех пор.

клиническое течение болезни, объективные и физикальные обследования пациентов по данной нозологии: осмотр пациента проводят как стоя, так и лежа, с открытыми нижними конечностями до паховой складки. При осмотре отмечается полоса гиперемии в проекции пораженной варикозно-расширенной вены. Степень выраженности перифлебита и воспалительных изменений кожных покровов значительно варьирует. При пальпации выявляется в этой зоне шнуровидный, резко болезненный тяж. Определяются местное повышение температуры, гиперестезия кожных покровов.

В случаях тромботического поражения конгломерата варикозных вен уплотнение теряет линейный характер и приобретает неправильную форму, иногда достигая значительных размеров.

Контуры и размеры пальпируемого инфильтрата не изменяются при переводе больного из вертикальной позиции в горизонтальную, в то время как нетромбированные венозные узлы имеют мягкую консистенцию и, опорожняясь от крови, спадаются в положении лежа.

Наряду с болезненным инфильтратом по ходу подкожных вен, может отмечаться небольшой отек конечности. Важно правильно оценить его генез. При варикотромбофлебите отек бывает только местным (в зоне воспаления). Выраженный распространенный отек и цианоз дистальных отделов конечности указывают на тромботическое поражение глубоких вен.

Клинические проявления тромбофлебита в бассейне малой подкожной вены, как правило, не столь ярки. Поверхностный листок собственной фасции голени,

покрывающий вену, препятствует распространению перифлебита на подкожную клетчатку, гиперемия кожи невыражена, и часто только болезненность в проекции малой подкожной вены позволяет заподозрить это заболевание.

основные и дополнительные лабораторные исследования:

обязательные:

- общий анализ крови и мочи
- коагулограмма

дополнительные:

- биохимические анализы крови: глюкоза, определение электролитов, общий белок и их фракции, ферменты (АЛТ, АСТ), уровень билирубина, мочевина, креатинин

основные и дополнительные инструментальные исследования: обязательных методов обследования при варикотромбофлебите нет, так как клиническое распознавание чаще всего не вызывает существенных затруднений.

дополнительные:

- ЦДС с целью визуализации сафено-феморального соустья и также вероятности распространения тромботического процесса на глубокие вены при распространении воспалительного процесса на уровне в/3 бедра или наличие распространенного отека на нижней конечности
- ЭКГ
- R-скопия грудной клетки

показания для консультации специалистов (профильного специалиста с указанием цели консультации): при необходимости (наличие сопутствующей патологии) с целью коррекции лечения осмотр терапевта, гинеколога или хирурга.

2) диагностический алгоритм:

3) дифференциальный диагноз и обоснование дополнительных исследований:

Диагноз	Обоснование для дифференциальной диагностики	Обследования	Критерии исключения диагноза
Лимфангит	сходство локальных изменений	Жалобы, анамнез, клинические характерные симптомы, при необходимости ЦДС	наличие при лимфангите первичного гнойного очага, высокой гипертермии (до 39—40 °С), озноба и как правило, в воспалительный процесс вовлекаются регионарные лимфатические узлы.
Рожистое воспаление	сходство локальных изменений	Жалобы, анамнез, клинические характерные симптомы, при необходимости ЦДС	характерное начало, сопровождающееся выраженными общими симптомами; внезапным потрясающим ознобом, резким и быстрым

			повышением температуры тела до 39-40 °С, головной болью, общей слабостью, нередко рвотой, бредом и даже помрачением сознания. В области покрасневшего участка больной ощущает чувство жара, напряжения, жгучей боли. Плотные болезненные тяжи по ходу подкожных вен при рожистом воспалении не определяются.
Аллергический дерматит	сходство локальных изменений	Жалобы, анамнез, клинические характерные симптомы, при необходимости ЦДС	возникает дерматит при местном применении медикаментов в виде электрофореза, присыпок, мазей, капель, при контакте с химическими соединениями, может развиться после укуса насекомого. Основные жалобы при дерматите - выраженный кожный зуд и жжение. Боли в области воспаления отсутствуют или бывают незначительными. Кроме гиперемии, на коже возникают папулезные и микровезикулезные элементы, иногда мокнутие, корки,

			чешуйки.

4. Тактика лечения на амбулаторном уровне:

На догоспитальном этапе основными задачами являются:

- при распространении воспалительного процесса выше коленного сустава направление пациента в хирургический стационар (транспортировку осуществлять посредством бригады СМП)

- при локализации воспалительного процесса ниже коленного сустава и отсутствие отеков на нижней конечности проводить амбулаторное лечение с динамическим наблюдением

медикаментозное лечение:

- НПВС;
- дезагреганты;
- флеботоников растительного происхождения;
- гепаринсодержащие мази местно;
- мерой, направленной на коррекцию нарушений кровотока в поверхностных варикозно-расширенных венах, является проведение адекватной эластической компрессии. В первые дни заболевания, когда максимально выражен воспалительный процесс и показано активное местное лечение, целесообразно формировать бандаж с помощью эластических бинтов средней степени растяжимости. По мере стихания воспалительных явлений для компрессионного лечения, может быть, с успехом использован медициной трикотаж - гольфы, чулки или колготы II—III компрессионных классов.

Таблица-1

Перечень основных лекарственных средств (имеющих 100 % вероятность применения):

Фармакотерапевтическая группа	МНН лекарственного средства	Способ применения	Уровень доказательности
Нестероидные противовоспалительные средства	диклофенак натрия 75 мг – 3,0 мл	Внутримышечно	https://mediqlab.com/drugs/f296db11-0315-4efb-b272-3e7ebfa76114
Антиагретанты	ацетилсалициловая кислота 75 или 150 мг	Внутрь	https://mediqlab.com/drugs/20b4aa1d-0103-4563-ab62-192e16c5df50

Таблица-2

Перечень дополнительных лекарственных средств (менее 100 % вероятности применения):

Фармакотерапевтическая группа	МНН лекарственного средства	Способ применения	Уровень доказательности
Флеботоники	Диосмин 900 мг и гесперидин 100 мг	Внутрь	https://mediqlab.com/drugs/d78b426d-ec92-4504-9a2a-a7cc007d3845
Гепаринсодержащие мази	гепарин натрия	Наружно	https://mediqlab.com/drugs/1bd63a50-a65a-4ca9-bf17-5df72395205d

Хирургическое вмешательство: на данном уровне не проводится.

5. Показания для госпитализации с учетом видов оказания медицинской помощи:

Показанием для экстренной госпитализации служит наличие воспалительного процесса поверхностных вен на нижней конечности с локализацией на уровне выше коленного сустава или наличием распространенного отека по всей нижней конечности.

6. Тактика лечения на стационарном уровне:

медикаментозное лечение:

- НПВС;
- дезагреганты;
- прямые антикоагулянты;
- флеботоников растительного происхождения;
- гепаринсодержащие мази местно;
- мерой, направленной на коррекцию нарушений кровотока в поверхностных варикозно-расширенных венах, является проведение адекватной эластической компрессии. В первые дни заболевания, когда максимально выражен воспалительный процесс и показано активное местное лечение, целесообразно формировать бандаж с помощью эластических бинтов средней степени растяжимости. По мере стихания воспалительных явлений для компрессионного лечения, может быть, с успехом использован медициной трикотаж - гольфы, чулки или колготы II—III компрессионных классов.

Таблица-1

Перечень основных лекарственных средств (имеющих 100 % вероятность применения):

Фармакотерапевтическая группа	МНН лекарственного средства	Способ применения	Уровень доказательности
Нестероидные противовоспалительные средства	диклофенак натрия 75 мг – 3,0 мл	Внутримышечно	https://mediqlab.com/drugs/f296db11-0315-4efb-b272-3e7ebfa76114
Антиагретанты	ацетилсалициловая кислота 75 или 150 мг	Внутрь	https://mediqlab.com/drugs/20b4aa1d-0103-4563-ab62-192e16c5df50

Таблица-2

Перечень дополнительных лекарственных средств (менее 100 % вероятности применения):

Фармакотерапевтическая группа	МНН лекарственного средства	Способ применения	Уровень доказательности
Прямые антикоагулянты	Гепарин натрия 5000 МЕ или Эноксапарин натрия 4000-6000 анти-Ха МЕ	Подкожно	https://mediqlab.com/drugs/ceca0570-7e28-48d7-8a98-ba1c022e7d36 https://mediqlab.com/drugs/fae6694f-c132-4828-914b-e788b9f134d6
Флеботоники	Диосмин 900 мг и гесперидин 100 мг	Внутрь	https://mediqlab.com/drugs/d78b426d-ec92-4504-9a2a-a7cc007d3845
Гепаринсодержащие мази	гепарин натрия	Наружно	https://mediqlab.com/drugs/1bd63a50-a65a-4ca9-bf17-5df72395205d

Хирургическое вмешательство: Целью хирургического лечения является предотвращение перехода тромбоза на глубокие вены через сафенофеморальное и сафенопоплитеальное соустья и развития ТЭЛА. Чаще всего тромботический процесс поражает большую подкожную вену и ее притоки, поэтому наиболее известна операция *Кроссэктомия* (модификация Троянова-Тренделенбурга). Операцию производят под местной анестезией, она выполнима у любой категории больных и надежно предотвращает угрозу легочной эмболии.

Ситуация усложняется, если тромбоз достигает остиального клапана или «головка» тромба флотирует в просвете общей бедренной вены, когда невозможно выполнить приустьевую перевязку большой подкожной вены, не фрагментировав верхушку тромба. Операция дополняется *тромбэктомией* на высоте пробы Вальсальвы.

При тромбофлебите МПВ выполняется операция *Перевязка устья малой подкожной вены* под местной анестезией.

Если варикотромбофлебит сопровождается недостаточностью перфорантных вен, то данные операции дополняются перевязкой перфорантных вен.

Ход операции.

Кроссэктомия:

1. Выделение сафенофеморального соустья.
2. Лигирование большой подкожной вены с обязательной перевязкой всех приустьевых притоков и иссечением ствола подкожной вены над устьем.
3. Если тромбоз достигает остиального клапана или «головка» тромба флотирует в просвете общей бедренной вены, на передней стенке подкожной вены производят продольную венотомию и на высоте пробы Вальсальвы удаляют верхушку тромба до получения хорошего ретроградного кровотока.

Перевязка устья МПВ:

1. Выделение сафенопоплитеальное соустья.
2. Лигирование малой подкожной вены с обязательной перевязкой всех приустьевых притоков и иссечением ствола малой подкожной вены над устьем.

Перевязка перфорантных вен:

1. Выделение перфорантных вен.
2. Лигирование и иссечение перфорантных вен.

Дальнейшее ведение: после завершения операции, которая проводилась под местной анестезией, больной спустя одного часа постельного режима, может быть активизирован. Контроль операционной раны включает ежедневную смену повязок с антисептиками. Снятие кожных швов осуществляется на 8-10 сутки.

Послеоперационное медикаментозное обеспечение:

С целью купирования явлений флебита и с учетом выраженности болевого синдрома назначаются анальгетики и нестероидные противовоспалительные средства в течение 5 дней.

Для нормализации реологических свойств крови и укрепления венозной стенки назначаются антиагреганты и флеботоники в течение 1 – 2-х месяцев.

После тромбэктомий с целью профилактики тромбоза глубоких вен назначаются прямые антикоагулянты в течение 5-7 дней.

С целью уменьшение явлений перифлебита местно назначаются апликации гепаринсодержащих мазей или гелей.

Больные выписываются на 2-4 сутки после операции на дальнейшее амбулаторное лечение под наблюдением хирурга по месту жительства.

Индикаторы эффективности лечения и безопасности методов диагностики и лечения, описанных в протоколе: удовлетворительное самочувствие пациента, регресс воспалительного процесса поверхностных вен, первичное заживление послеоперационной раны.

7. Организационные аспекты протокола:

1. авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов;

2. пересмотр протокола целесообразно произвести через каждые 5 лет после его разработки.

Список использованной литературы:

1. Ассоциация флебологов России; Ассоциация сердечно-сосудистых хирургов России; Российское общество хирургов; Российское общество ангиологов и сосудистых хирургов. Флебит и тромбофлебит поверхностных сосудов. Клинические рекомендации 2021 — 61 с.

2. Е.А. Голубов Хирургическое лечение варикозного расширения вен нижних конечностей осложненного поверхностным тромбофлебитом. Дисс. на соискание ученой степени кандидата медицинских наук Москва 2022 — 175 с.

3. А.И. Кириенко, А.А. Матюшенко, В.В. Андрияшкин Острый тромбофлебит – 2 изд., перераб. и доп. – Москва. 2019 г. – 120 с.

4. М.М. Упоров Сравнение эффективности и безопасности различных методов лечения пациентов с тромбофлебитом поверхностных вен нижних конечностей. Автореферат дисс. на соискание ученой степени кандидата медицинских наук Рязань 2023 – 24 с.

НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ВАРИКОТРОМБОФЛЕБИТ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

ТАШКЕНТ – 2025

Варикотромбофлебит нижних конечностей
Международная классификация болезней – МКБ-10/11 код (ы):

МКБ-10		МКБ-11	
Код	Название	Код	Название
I80.0	Флебит и тромбофлебит поверхностных сосудов нижних конечностей	BD70.0	Поверхностный тромбофлебит нижних конечностей
	https://mkb-11.com/index.php?pid=531		https://mkb-10.com/index.php?pid=8398

1. Основная часть.
Тактика лечения на амбулаторном уровне:

На догоспитальном этапе основными задачами являются:

- при распространении воспалительного процесса выше коленного сустава направление пациента в хирургический стационар (транспортировку осуществлять посредством бригады СМП)

- при локализации воспалительного процесса ниже коленного сустава и отсутствие отеков на нижней конечности проводить амбулаторное лечение с динамическим наблюдением

медикаментозное лечение:

- НПВС;
- дезагреганты;
- флеботоников растительного происхождения;
- гепаринсодержащие мази местно;
- мерой, направленной на коррекцию нарушений кровотока в поверхностных варикозно-расширенных венах, является проведение адекватной эластической компрессии. В первые дни заболевания, когда максимально выражен воспалительный процесс и показано активное местное лечение, целесообразно формировать бандаж с помощью эластических бинтов средней степени растяжимости. По мере стихания воспалительных явлений для компрессионного лечения, может быть, с успехом использован медициной трикотаж - гольфы, чулки или колготы II—III компрессионных классов.

Таблица-1

Перечень основных лекарственных средств (имеющих 100 % вероятность применения):

Фармакотерапевтическая группа	МНН лекарственного средства	Способ применения	Уровень доказательности
Нестероидные противовоспалительные средства	диклофенак натрия 75 мг – 3,0 мл	Внутримышечно	https://mediqlab.com/drugs/f296db11-0315-4efb-b272-3e7ebfa76114

Антиагретанты	ацетилсалициловая кислота 75 или 150 мг	Внутрь	https://mediqlab.com/drugs/20b4aa1d-0103-4563-ab62-192e16c5df50

Таблица-2

Перечень дополнительных лекарственных средств (менее 100 % вероятности применения):

Фармакотерапевтическая группа	МНН лекарственного средства	Способ применения	Уровень доказательности
Флеботоники	Диосмин 900 мг и гесперидин 100 мг	Внутрь	https://mediqlab.com/drugs/d78b426d-ec92-4504-9a2a-a7cc007d3845
Гепаринсодержащие мази	гепарин натрия	Наружно	https://mediqlab.com/drugs/1bd63a50-a65a-4ca9-bf17-5df72395205d

Хирургическое вмешательство: на данном уровне не проводится.

Тактика лечения на стационарном уровне:

медикаментозное лечение:

- НПВС;
- дезагреганты;
- прямые антикоагулянты;
- флеботоников растительного происхождения;
- гепаринсодержащие мази местно;
- мерой, направленной на коррекцию нарушений кровотока в поверхностных варикозно-расширенных венах, является проведение адекватной эластической компрессии. В первые дни заболевания, когда максимально выражен воспалительный процесс и показано активное местное лечение, целесообразно формировать бандаж с помощью эластических бинтов средней степени растяжимости. По мере стихания воспалительных явлений для компрессионного лечения, может быть, с успехом использован медициной трикотаж - гольфы, чулки или колготы II—III компрессионных классов.

Таблица-1

Перечень основных лекарственных средств (имеющих 100 % вероятность применения):

Фармакотерапевтическая группа	МНН лекарственного средства	Способ применения	Уровень доказательности

Нестероидные противовоспалительные средства	диклофенак натрия 75 мг – 3,0 мл	внутримышечно	https://mediqlab.com/drugs/f296db11-0315-4efb-b272-3e7ebfa76114
Антиагретанты	ацетилсалициловая кислота 75 или 150 мг	Внутрь	https://mediqlab.com/drugs/20b4aa1d-0103-4563-ab62-192e16c5df50

Таблица-2

Перечень дополнительных лекарственных средств (менее 100 % вероятности

Фармакотерапевтическая группа	МНН лекарственного средства	Способ применения	Уровень доказательности
Прямые антикоагулянты	Гепарин натрия 5000 МЕ или Эноксапарин натрия 4000-6000 анти-Ха МЕ	Подкожно	https://mediqlab.com/drugs/ceca0570-7e28-48d7-8a98-ba1c022e7d36 https://mediqlab.com/drugs/fae6694f-c132-4828-914b-e788b9f134d6
Флеботоники	Диосмин 900 мг и гесперидин 100 мг	Внутрь	https://mediqlab.com/drugs/d78b426d-ec92-4504-9a2a-a7cc007d3845
Гепаринсодержащие мази	гепарин натрия	Наружно	https://mediqlab.com/drugs/1bd63a50-a65a-4ca9-bf17-5df72395205d

Хирургическое вмешательство: Целью хирургического лечения является предотвращение перехода тромбоза на глубокие вены через сафенофеморальное и сафенопоплитеальное соустья и развития ТЭЛА.

Виды операций при данной нозологии:

- Кроссэктомия (модификация Троянова-Тренделенбурга)
- Перевязка устья малой подкожной вены
- Перевязка перфорантных вен

2. Способ применения выбранного метода лечения и/или хирургического вмешательства при данной нозологии.

Чаще всего тромботический процесс поражает большую подкожную вену и ее притоки, поэтому наиболее известна операция *Кроссэктомия* (модификация Троянова-Тренделенбурга). Операцию производят под местной анестезией, она выполнима у любой категории больных и надежно предотвращает угрозу легочной эмболии.

Ситуация усложняется, если тромбоз достигает остиального клапана или «головка» тромба флотирует в просвете общей бедренной вены, когда невозможно выполнить приустьевую перевязку большой подкожной вены, не фрагментировав верхушку тромба. Операция дополняется *тромбэктомией* на высоте пробы Вальсальвы.

При тромбофлебите МПВ выполняется операция *Перевязка устья малой подкожной вены* под местной анестезией.

Если варикотромбофлебит сопровождается недостаточностью перфорантных вен, то данные операции дополняются перевязкой перфорантных вен.

Ход операции.

Кроссэктомия:

1. Выделение сафенофеморального соустья.
2. Лигирование большой подкожной вены с обязательной перевязкой всех приустьевых притоков и иссечением ствола подкожной вены над устьем.
3. Если тромбоз достигает остиального клапана или «головка» тромба флотирует в просвете общей бедренной вены, на передней стенке подкожной вены производят продольную венотомию и на высоте пробы Вальсальвы удаляют верхушку тромба до получения хорошего ретроградного кровотока.

Перевязка устья МПВ:

1. Выделение сафенопоплитеальное соустья.
2. Лигирование малой подкожной вены с обязательной перевязкой всех приустьевых притоков и иссечением ствола малой подкожной вены над устьем.

Перевязка перфорантных вен:

1. Выделение перфорантных вен.
2. Лигирование и иссечение перфорантных вен.

Дальнейшее ведение: после завершения операции, которая проводилась под местной анестезией, больной спустя одного часа постельного режима, может быть активизирован. Контроль операционной раны включает ежедневную смену повязок с антисептиками. Снятие кожных швов осуществляется на 8-10 сутки.

Послеоперационное медикаментозное обеспечение:

С целью купирования явлений флебита и с учетом выраженности болевого синдрома назначаются анальгетики и нестероидные противовоспалительные средства в течение 5 дней.

Для нормализации реологических свойств крови и укрепления венозной стенки назначаются антиагреганты и флеботоники в течение 1 – 2-х месяцев.

После тромбэктомий с целью профилактики тромбоза глубоких вен назначаются прямые антикоагулянты в течение 5-7 дней.

С целью уменьшение явлений перифлебита местно назначаются апликации гепаринсодержащих мазей или гелей.

Больные выписываются на 2-4 сутки после операции на дальнейшее амбулаторное лечение под наблюдением хирурга по месту жительства.

Индикаторы эффективности лечения и безопасности методов диагностики и лечения, описанных в протоколе: удовлетворительное самочувствие пациента, регресс воспалительного процесса поверхностных вен, первичное заживление послеоперационной раны.

Список использованной литературы:

1. Ассоциация флебологов России; Ассоциация сердечно-сосудистых хирургов России; Российское общество хирургов; Российское общество ангиологов и сосудистых хирургов. Флебит и тромбофлебит поверхностных сосудов. Клинические рекомендации 2021 — 61 с.
2. Е.А. Голубов Хирургическое лечение варикозного расширения вен нижних конечностей осложненного поверхностным тромбофлебитом. Дисс. на соискание ученой степени кандидата медицинских наук Москва 2022 — 175 с.
3. А.И. Кириенко, А.А. Матюшенко, В.В. Андрияшкин Острый тромбофлебит – 2 изд., перераб. и доп. – Москва. 2019 г. – 120 с.
4. М.М. Упоров Сравнение эффективности и безопасности различных методов лечения пациентов с тромбофлебитом поверхностных вен нижних конечностей. Автореферат дисс. на соискание ученой степени кандидата медицинских наук Рязань 2023 – 24 с.

НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ПО ПРОФИЛАКТИКИ И РЕАБИЛИТАЦИИ ПО НОЗОЛОГИИ «ВАРИКОТРОМБОФЛЕБИТ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ»

ТАШКЕНТ 2025

Медицинская реабилитация

Специфическая реабилитация после варикотромбофлебита нижних конечностей не требуется. Уплотнения в зонах расположения тромбированных поверхностных вен и симптомы могут сохраняться в течение нескольких месяцев (6 мес. и более).

Диспансерное наблюдение

Перенесенный варикотромбофлебит нижних конечностей не требует диспансерного наблюдения, однако должна быть рассмотрена возможность проведения лечения по устранению варикозного расширения вен после регресса острого воспалительного процесса.

Профилактика первого эпизода варикотромбофлебита нижних конечностей

С целью профилактики первого эпизода варикотромбофлебита нижних конечностей рекомендуется ликвидация патологических рефлюксов и варикозно-расширенных вен в плановом порядке с учетом баланса рисков, ассоциированных с вмешательством, и риска развития ВТЭО.

Рекомендуется рассмотреть применение эластичного компрессионного трикотажа с давлением у лодыжки 10-30 мм. рт. ст. с целью профилактики бессимптомных тромбозов глубоких вен, варикотромбофлебита и отеков у лиц, находящихся в длительном ортостатическом положении (учителя, хирурги, продавцы и т.п.), а также при перелетах и длительных поездок (продолжительность свыше 5 часов).

Профилактика рецидива варикотромбофлебита нижних конечностей

С целью профилактики рецидива варикотромбофлебита рекомендуется ликвидация патологических рефлюксов и варикозно-расширенных вен в плановом порядке после регресса острого воспалительного процесса.

С целью профилактики ВТЭО при рецидивирующем варикотромбофлебите нижних конечностей (2 и более эпизодов) рекомендуется рассмотреть целесообразность продленной антикоагулянтной терапии. При необходимости продленной антикоагулянтной терапии при рецидивирующем варикотромбофлебите нижних конечностей рекомендуется применение прямых оральных антикоагулянтов 10 мг в сутки или ацетилсалициловую кислоту 75-150 мг в сутки неопределенно долго с регулярной оценкой пользы и риска дальнейшего продления.

На сегодняшний день отсутствуют исследования по продленной антикоагулянтной профилактике при варикотромбофлебите нижних конечностей. Варикотромбофлебит нижних конечностей с высоким риском рецидива рассматривается как вариант венозного тромбоэмболического осложнения, возможно требующий продленной антикоагулянтной профилактики. В данной рекомендации использована экстраполяция способов продленной антикоагулянтной профилактики при тромбозе глубоких вен нижних конечностей, как более изученной формы ВТЭО.

Список использованной литературы:

1. Ассоциация флебологов России; Ассоциация сердечно-сосудистых хирургов России; Российское общество хирургов; Российское общество ангиологов и сосудистых хирургов. Флебит и тромбофлебит поверхностных сосудов. Клинические рекомендации 2021 — 61 с.

2. Е.А. Голубов Хирургическое лечение варикозного расширения вен нижних конечностей осложненного поверхностным тромбофлебитом. Дисс. на соискание ученой степени кандидата медицинских наук Москва 2022 — 175 с.

3. А.И. Кириенко, А.А. Матюшенко, В.В. Андрияшкин Острый тромбофлебит – 2 изд., перераб. и доп. – Москва. 2019 г. – 120 с.

4. М.М. Упоров Сравнение эффективности и безопасности различных методов лечения пациентов с тромбофлебитом поверхностных вен нижних конечностей. Автореферат дисс. на соискание ученой степени кандидата медицинских наук Рязань 2023 – 24 с.