



The 2023 Society for Vascular Surgery, American Venous Forum, and American Vein and Lymphatic Society Clinical Practice Guidelines for the Management of Varicose Veins of the Lower Extremities. Part II

1. Обследование пациентов с варикозными венами

1.1. Классификация и оценка тяжести ХЗВ

- 1.1.1. Для классификации ХЗВ рекомендуется использовать обновленную версию CEAP 2020. Клиническая или базовая классификация CEAP может быть использована в клинической практике, а полной системой классификации следует пользоваться в рамках клинических исследований.
- 1.1.2. У пациентов с ХЗВ для оценки клинической тяжести и результатов лечения следует использовать шкалу VCSS.

1.2. Ультразвуковое ангиосканирование

- 1.2.1. У пациентов с ХЗВ нижних конечностей предпочтительным методом диагностики венозного рефлюкса является УЗАС (1 В).

1.3. Замечания по реализации

- 1.3.1. Под рефлюксом понимается обратный ток крови длительностью $>0,5$ сек по основным подкожным стволам (БПВ, МПВ, ПДПВ, ЗДПВ), а также по берцовым, глубокой бедренной и перфорантным венам. Для ОБВ, БВ и ПкВ диагностически значимым является рефлюкс длительностью $>1,0$ сек. При этом отсутствует какой-либо минимальный диаметр вены, ассоциированный с патологическим рефлюксом крови.
- 1.3.2. Аксиальный рефлюкс по стволу БПВ определяется, как непрерывный ретроградный поток крови от паха до верхней трети голени. Аксиальный рефлюкс по стволу МПВ определяется, как непрерывный ретроградный поток крови от колена до лодыжки. Аксиальный рефлюкс по стволам ПДПВ и ЗДПВ определяется, как непрерывный поток крови между двумя точками измерения, расположенными на расстоянии не менее 5 см. Рефлюкс может возникать в поверхностных и глубоких венах в сочетании с клапанной недостаточностью перфорантов или без нее. Приустевой рефлюкс ограничен зонами СФС и СПС. Сегментарный рефлюкс регистрируется только на ограниченном участке поверхностной или глубокой вены.
- 1.3.3. У пациентов с клиническим классом С2 следует считать патологическим перфорант с длительностью ретроградного (в поверхностные вены) потока крови $>0,5$ сек и диаметром $>3,5$ мм.

1.4. Утверждения по хорошей клинической практике

- 1.4.1. Диагностику венозного рефлюкса с помощью УЗАС должен проводить сертифицированный специалист. При этом пациент должен находиться по возможности в вертикальном положении тела. При невозможности стоять ему следует занять положение сидя или лежа с опущенным ножным концом кушетки (обратное положение Тренделенбурга).
- 1.4.2. При диагностике венозного рефлюкса рекомендуется использовать пробу Вальсальвы или проксимальную компрессионную пробу для оценки ОБВ и СФС. Дистальная компрессионная проба с помощью мануальной компрессии или с

применением пневматической манжеты рекомендуется для оценки нижележащих сегментов. Поверхностный рефлюкс следует отслеживать до его источников, включая подкожные соустья, стволовые или перфорантные вены, варикозные притоки из малого таза. Результаты исследования должны интерпретироваться врачом, прошедшим соответствующую подготовку.

- 1.4.3. При оценке рефлюкса по венам нижних конечностей рекомендуется проводить полноценный осмотр в В-режиме с компрессией датчиком и без нее на уровне ОБВ, проксимальной, средней, и дистальной части БВ, ПкВ, СФС, и по меньшей мере двух сегментов БПВ и МПВ.
- 1.4.4. При оценке рефлюкса по венам нижних конечностей рекомендуется оценка параметров спектральной доплеровской кривой. Рекомендуется фиксировать рефлюкс в исходном состоянии и в ответ на пробу Вальсальвы или дистальную компрессию на уровне ОБВ и СФС, в ответ на дистальную компрессию в средней части БВ и ПкВ. Рекомендуется фиксировать рефлюкс по стволу БПВ в проксимальной части бедра и голени, по стволам ПДПВ и ЗДПВ в области СФС и проксимальном отделе бедра, по стволу МПВ в области СПС и проксимальной части голени.
- 1.4.5. При оценке рефлюкса по венам нижних конечностей рекомендуется измерять диаметр сосудов в вертикальном положении тела от передней стенки к задней на уровне 1 см от СФС, в проксимальном отделе бедра и голени для БПВ; в проксимальном отделе бедра для ПДПВ и ЗДПВ; в области СПС и проксимального отдела голени для МПВ.
- 1.5. Консенсусные утверждения
 - 1.5.1. У бессимптомных пациентов с телеангиоэктазиями и ретикулярными венами (клинический класс C1 по CEAP) не рекомендуется рутинное выполнение УЗАС, т.к. результаты исследования могут привести к ненужным облитерациям сафенных вен.
 - 1.5.2. У симптоматических пациентов с клиническим классом C1 по CEAP, осложненным кровотечением, выраженными болями или жжением в области телеангиоэктазий и ретикулярных вен, выполнение УЗАС может быть целесообразным для исключения сопутствующей клапанной недостаточности. Между тем, облитерация поверхностных вен при C1 требуется редко.
 - 1.5.3. У пациентов с симптоматическим варикозом (класс C2 по CEAP) следует рутинно оценивать состояние глубоких вен под паховой связкой на предмет обструкции и клапанной недостаточности.
 - 1.5.4. У пациентов с симптоматическим варикозом (класс C2 по CEAP) следует выполнять оценку подвздошно-бедренного сегмента на предмет обструкции с помощью УЗАС или других методов визуализации при наличии варикозных вен в надлобковой области или на передней брюшной стенке, таких симптомов проксимальной обструкции, как распирающее и тяжесть в бедре и голени, отек и венозная хромота. У пациентов с клиническими классами C3-6 целесообразно исключение проксимальной венозной обструкции с помощью УЗАС или других методов визуализации.
 - 1.5.5. При наличии варикозного расширения вен на внутренней поверхности бедра или на половых губах не рекомендуется оценка вен малого таза с помощью УЗИ или других методов диагностики при отсутствии симптомов заболевания вен таза.

2. Компрессионная терапия

2.1. Компрессионная терапия против вмешательства

- 2.1.1. У пациентов с симптоматическим варикозом и аксиальным рефлюксом по поверхностным стволовым венам целесообразно применение компрессионной терапии в качестве основного метода лечения в том случае, когда их статус и/или

сопутствующие заболевания, а также собственное желание на начальном или окончательном этапе лечения предполагают консервативную терапию (2 С).

- 2.1.2. У пациентов с симптоматическим варикозом и аксиальным рефлюксом по стволам БПВ и МПВ, которые являются кандидатами на вмешательство, рекомендуется отдавать предпочтение хирургическому лечению перед длительной компрессионной терапией (1 В).
- 2.1.3. У пациентов с симптоматическим варикозом и аксиальным рефлюксом по стволам ПДПВ и ЗДПВ, которые являются кандидатами на вмешательство, рекомендуется отдавать предпочтение хирургическому лечению перед длительной компрессионной терапией (2 С).
- 2.1.4. У пациентов с симптоматическим варикозом, которые являются кандидатами на эндовенозное вмешательство и настроены на его проведение, не рекомендуется пробная компрессионная терапия в течение 3 до вмешательства (2 В).

2.2. Компрессионная терапия после вмешательства

- 2.2.1. После термической облитерации подкожных вен с опциональной флебэктомией целесообразно использование компрессионной терапии в течение, как минимум, одной недели с целью уменьшения боли (2 В).

3. Фармакотерапия

- 3.1. Пациентам с симптоматическим варикозом, которые не являются кандидатами на вмешательство, ожидают его или имеют симптомы после интервенции, рекомендуется терапия с помощью МОФФ или экстракта иглицы колючей с целью купирования венозной боли, тяжести в ногах, ночных судорог и/или ощущения отека (2 В).
- 3.2. Пациентам с симптоматическим варикозом, которые не являются кандидатами на вмешательство, ожидают его или имеют симптомы после интервенции, рекомендуется терапия с помощью гидроксипропэтилрутозидов, добезилата кальция, экстракта конского каштана, экстракта листьев красного винограда или сулодексида с целью купирования венозной боли, тяжести в ногах, ночных судорог и/или ощущения отека (2 С).

4. Вмешательства на варикозных венах

4.1. Эндовенозная облитерация против кроссэктомии и стриппинга

- 4.1.1. У пациентов с симптоматическим варикозом и аксиальным рефлюксом по стволу БПВ, являющихся кандидатами на вмешательство, рекомендуется отдавать предпочтение эндовенозной облитерации перед кроссэктомией со стриппингом (1 В).
- 4.1.2. У пациентов с симптоматическим варикозом и аксиальным рефлюксом по стволу МПВ, являющихся кандидатами на вмешательство, рекомендуется отдавать предпочтение эндовенозной облитерации перед кроссэктомией со стриппингом (1 С).
- 4.1.3. У пациентов с симптоматическим варикозом и аксиальным рефлюксом по стволам ПДПВ и ЗДПВ, являющихся кандидатами на вмешательство, целесообразно отдавать предпочтение эндовенозной облитерации с опциональной флебэктомией перед лигированием со стриппингом (2 С).
- 4.1.4. У пациентов с симптоматическим варикозом и аксиальным рефлюксом по стволам БПВ и МПВ целесообразно выполнять кроссэктомию и стриппинг при наличии ограничивающих факторов для эндовенозной облитерации (недоступность, недостаток опыта, анатомические особенности) (1 В).
- 4.1.5. У пациентов с симптоматическим варикозом и аксиальным рефлюксом по стволам ПДПВ и ЗДПВ целесообразно выполнять кроссэктомию и стриппинг с опциональной флебэктомией при наличии ограничивающих факторов для

эндовенозной облитерации (недоступность, недостаток опыта, анатомические особенности) (2 С).

4.1.6. У пациентов с симптоматическим варикозом и аксиальным рефлюксом по стволу БПВ, для которых первоочередной задачей лечения является достижение долгосрочных результатов (качество жизни, отсутствие рецидива), рекомендуется отдавать предпочтение ЭВЛК, РЧА или кроссэктомии со стриппингом перед ЭХО-склеротерапией с помощью приготовленной вручную пенной формы склерозанта в связи наличием преимуществ по качеству жизни и частоте рецидива (2 В).

4.1.7. У пациентов с симптоматическим варикозом и аксиальным рефлюксом по стволу МПВ рекомендуется отдавать предпочтение ЭВЛК, РЧА или кроссэктомии со стриппингом до уровня верхней или средней трети голени перед ЭХО-склеротерапией с помощью приготовленной вручную пенной формы склерозанта в связи наличием преимуществ по качеству жизни и частоте рецидива (2 С).

4.1.8. У пациентов с симптоматическим варикозом и аксиальным рефлюксом по стволам ПДПВ и ЗДПВ, для которых первоочередной задачей лечения является достижение долгосрочных результатов (качество жизни, отсутствие рецидива), рекомендуется отдавать предпочтение ЭВЛК, РЧА или кроссэктомии со стриппингом и опциональной флебэктомией перед ЭХО-склеротерапией с помощью приготовленной вручную пенной формы склерозанта в связи наличием преимуществ по качеству жизни и частоте рецидива (2 С).

4.2. Термическая против нетермической облитерации поверхностных стволых вен

4.2.1. У пациентов с симптоматическим варикозом и аксиальным рефлюксом по стволу БПВ, рекомендуется выполнение как термической, так и нетермической облитерации от уровня паха до сегмента ниже колена в зависимости от их предпочтений и опыта врача (1 В).

4.2.2. У пациентов с симптоматическим варикозом и аксиальным рефлюксом по стволу МПВ, рекомендуется выполнение как термической, так и нетермической облитерации от уровня колена до верхней или средней трети голени в зависимости от их предпочтений и опыта врача (1 С).

4.2.3. У пациентов с симптоматическим варикозом и аксиальным рефлюксом по стволам ПДПВ и ЗДПВ, рекомендуется выполнение как термической, так и нетермической облитерации с опциональной флебэктомией в зависимости от их предпочтений и опыта врача (2 С).

5. Факторы, влияющие на выбор метода и исходы облитерации поверхностных вен

5.1. Рекомендации

5.1.1. У симптоматических пациентов с клиническим классом С2 по СЕАР не рекомендуется принимать во внимание диаметр стволых вен в качестве критерия для определения необходимости облитерации (2 В).

5.2. Консенсусные утверждения

5.2.1. У бессимптомных пациентов с клиническим классом С2 по СЕАР профилактическое вмешательство не предотвращает прогрессирование заболевания. Контроль веса, компрессионный трикотаж, а также избегание длительного пребывания в вертикальном положении тела могут быть полезны.

5.2.2. Оперативное вмешательство по лечению варикозной болезни может быть выполнено во врачебном кабинете, хирургическом центре или стационаре на усмотрение специалиста. Имеются данные о лучшем восприятии со стороны пациентов и меньшей стоимости вмешательств, выполняемых в амбулаторных условиях (кабинет врача).

- 5.2.3. У симптоматических пациентов с клиническим классом С2 по СЕАР изолированная несостоятельность СФС не оправдывает облитерацию состоятельной БПВ.
- 5.2.4. Симптоматическим пациентам с клиническим классом С2 по СЕАР может быть показана абляция несостоятельной БПВ даже при отсутствии полноценного аксиального рефлюкса и наличии состоятельного СФС. Редко показана изолированная облитерация несостоятельного сегмента БПВ при отсутствии клапанной недостаточности в проксимальных и дистальных отделах. В подобных случаях рекомендуется принятие решения совместно с пациентом.
- 5.2.5. У пациентов с клапанной недостаточностью БПВ ниже колена облитерация до уровня наиболее дистальной точки рефлюкса ассоциируется с улучшенными результатами в краткосрочном периоде. Нетермические методы демонстрируют преимущества при облитерации дистальных сегментов сафенных вен на голени за счет снижения риска термического повреждения нервов.
- 5.2.6. При эпифасциальном или поверхностном расположении сафенных вен термическая облитерация может привести к ожогам, гиперпигментации или индукции, а нетермические методы могут вызвать индукцию и гиперпигментацию. Минифлебэктомия или ограниченный стриппинг безопасны и эффективны при расположении сафенной вены близко к коже ($<0,5$ см).
- 5.2.7. При наличии сафенных вен крупного диаметра (>10 мм) и при отсутствии их аневризматического расширения, целесообразно отдавать предпочтение ЭВЛК или РЧА перед нетермическими методами.
- 5.2.8. Частота развития тромбофлебита поверхностных вен не отличается при выполнении термической и нетермической облитерации.
- 5.2.9. У пациентов с неосложненным ХЗВ клинического класса С2 по СЕАР (при отсутствии венозной хромоты, отека бедра и варикозных вен в надлобковой области и на передней брюшной стенке) на фоне одновременной несостоятельности поверхностных вен и наличия подвздошной или подвздошно-бедренной венозной обструкции, в первую очередь показано вмешательство на несостоятельных поверхностных венах.

6. Веносохраняющая хирургия

6.1. Рекомендации

- 6.1.1. У пациентов с ранними формами симптоматической варикозной болезни может быть рассмотрено веносохраняющее вмешательство по принципам ASVAL, выполняемое компетентным специалистом (2 В).
- 6.1.2. У пациентов с симптоматической варикозной болезнью может быть рассмотрено веносохраняющее вмешательство по принципам CHIVA, выполняемое компетентным специалистом (2 В).

7. Вмешательства на притоках

7.1. Телеангиоэктазии и ретикулярные вены

Рекомендации

- 7.1.1. Симптоматическим пациентам с телеангиоэктазиями и ретикулярными венами рекомендуется выполнение склеротерапии жидкой или пенной формой препарата (1 В).
- 7.1.2. У симптоматических пациентов с телеангиоэктазиями и ретикулярными венами при наличии аллергии на склерозант, боязни иглоков, неуспешности ранее проведенной склеротерапии, а также при маленьком размере сосудов (<1 мм), включая мэттинг, целесообразно рассмотреть выполнение чрескожной лазерной коагуляции (2 В).

7.2. Варикозные притоки

- 7.2.1. С целью устранения симптоматических варикозных притоков рекомендуется проведение минифлебэктомии или ЭХО-склеротерапии с помощью пенной формы склерозанта, приготовленной вручную или заводским образом (1 В).
- 7.2.2. С целью устранения симптоматических варикозных притоков возможно рассмотреть проведение транслюминационной флебэктомии при наличии у пациента скоплений крупных варикозных притоков и соответствующего опыта у врача (2 С).
- 7.2.3. У пациентов с симптоматическим варикозным расширением притоков рекомендуется их устранять даже при наличии состоятельных поверхностных стволов.
- 7.2.4. На сегодняшний день отсутствуют доказательства о меньшей эффективности и безопасности склеротерапии пенной формой препарата, приготовленного на основании атмосферного воздуха, в сравнении с использованием газовой смеси на основе CO₂.
- 7.2.5. На сегодняшний день отсутствуют доказательства о меньшей эффективности или безопасности склеротерапии пенной формой склерозанта, приготовленной вручную по методике Tessari, в сравнении с заводской пеной на основе этоксисклерола.

8. Вмешательства на варикозных притоках симультанно или отсрочено по отношению к облитерации стволовых вен

8.1. Рекомендации

- 8.1.1. Пациентам с симптоматическим рефлюксом по стволам БПВ или МПВ и ассоциированным варикозом рекомендуется выполнение стволовой облитерации совместно с флебэктомией или ЭХО-склеротерапией с помощью пенной формы склерозанта, приготовленного вручную или заводским образом (1 С).
 - 8.1.2. Пациентам с симптоматическим рефлюксом по стволам ПДПВ или ЗДПВ и ассоциированным варикозом рекомендуется выполнение стволовой облитерации совместно с флебэктомией или ЭХО-склеротерапией с помощью пенной формы склерозанта, приготовленного вручную или заводским образом (2 С).
 - 8.1.3. У пациентов с симптоматическим рефлюксом по стволам БПВ или МПВ может быть рассмотрена стволовая облитерация и отсроченная флебэктомии или ЭХО-склеротерапия только при наличии анатомических или медицинских обоснований. Рекомендуется принимать решение о сроках проведения процедуры совместно с пациентом (2 С).
 - 8.1.4. У пациентов с симптоматическим рефлюксом по стволам ПДПВ или ЗДПВ может быть рассмотрена стволовая облитерация и отсроченная флебэктомии или ЭХО-склеротерапия только при наличии анатомических или медицинских обоснований. Рекомендуется принимать решение о сроках проведения процедуры совместно с пациентом (2 С).
- 8.2. Пациентам с симптоматическим стволовым рефлюксом и ассоциированным варикозом после выполнения изолированной стволовой облитерации рекомендуется наблюдение в течение >3 месяцев для оценки необходимости отсроченной флебэктомии или ЭХО-склеротерапии при наличии стойких или рецидивирующих симптомов. Более длительное наблюдение рекомендуется при высоком клиническом классе CEAP и при рецидиве варикозных вен.

9. Лечение рецидива варикозных вен

9.1. Консенсусные утверждения

- 9.1.1. У пациентов с симптоматическим рецидивом варикозных вен для определения потенциального источника рецидива и тактики лечения рекомендуется выполнить клиническое обследование и УЗАС.
- 9.1.2. У пациентов с симптоматическим рецидивом варикозных вен вследствие персистирующего или рецидивного рефлюкса по стволам БПВ или ПДПВ может быть рассмотрено выполнение открытого или эндовенозного вмешательства с высокой вероятностью достижения положительного результата.
- 9.1.3. У пациентов с симптоматическим рецидивом варикозных вен вследствие персистирующего или рецидивного рефлюкса в паху может быть рассмотрено выполнение ЭВЛК или РЧА при наличии достаточно длинной и прямой культи БПВ, пригодной для термической облитерации. При рецидиве варикозных вен вследствие неоваскуляризации рекомендуется выполнение склеротерапии или флебэктомии.
- 9.1.4. У пациентов с симптоматическим рецидивом варикозных вен вследствие персистирующего или рецидивного рефлюкса по стволу МПВ рекомендуется выполнение ЭХО-склеротерапии.
- 9.1.5. У пациентов с симптоматическим рецидивом варикозных вен вследствие несостоятельности перфорантных вен, рекомендуется рассмотреть выполнение открытых и эндовенозных вмешательств в зависимости от опыта специалиста, выбора пациента и технической оснащенности.

10. Облитерация несостоятельных перфорантных вен

10.1. Рекомендации

- 10.1.1. У пациентов с варикозными венами (клинический класс C2 по CEAP) при наличии значительного симптоматического аксиального рефлюкса по стволам БПВ или МПВ следует воздержаться от вмешательств на несостоятельных перфорантных венах в дополнение к облитерации стволов (1 С).
- 10.1.2. У пациентов с варикозными венами (клинический класс C2 по CEAP) при наличии значительного симптоматического аксиального рефлюкса по стволам ПДПВ или ЗДПВ следует воздержаться от вмешательств на несостоятельных перфорантных венах в дополнение к облитерации стволов (1 С).
- 10.2. При наличии несостоятельных перфорантных вен, ассоциированных с симптоматическими резидуальными, рецидивными или (редко) первичными варикозными венами при отсутствии клапанной недостаточности сафенных вен могут использоваться как открытые, так и эндовенозные вмешательства с целью коррекции перфорантной недостаточности.

11. Тактика ведения пациентов с тромботическими осложнениями после венозной облитерации, включая ассоциированный с облитерацией продолженный тромбоз и тромбоз глубоких вен

11.1. Послеоперационное УЗАС

- 11.1.1. У пациентов с умеренным риском (ВТЭО) при отсутствии симптомов после термической облитерации не рекомендуется выполнение УЗАС в раннем послеоперационном периоде с целью обнаружения ассоциированного с облитерацией продолженного тромбоза (известного, как ЭТИТ) или ТГВ (1 В).
- 11.1.2. У пациентов с умеренным риском (ВТЭО) при отсутствии симптомов после нетермической облитерации рекомендуется рассмотреть выполнение рутинного УЗАС в раннем послеоперационном периоде с целью обнаружения ассоциированного с облитерацией продолженного тромбоза или ТГВ.

- 11.1.3. У пациентов с высоким риском (ВТЭО) при отсутствии симптомов после термической или нетермической облитерации рекомендуется выполнять рутинное УЗАС в раннем послеоперационном периоде с целью обнаружения ассоциированного с облитерацией продолженного тромбоза или ТГВ.
- 11.1.4. При наличии симптомов после термической или нетермической облитерации рекомендуется выполнение УЗАС с целью исключения ассоциированного с облитерацией продолженного тромбоза или ТГВ (1 А).

11.2. Фармакологическая тромбопрофилактика

- 11.2.1. У пациентов с высоким риском (ВТЭО) целесообразно проведение фармакологической тромбопрофилактики после эндовенозной облитерации (2 С).
- 11.2.2. При выполнении эндовенозной облитерации целесообразно проводить стратификацию пациентов по риску (ВТЭО) для определения необходимости перипроцедурной тромбопрофилактики.

11.3. Лечение ассоциированных с вмешательством тромбозов (в соответствии с АССР 2021)

- 11.3.1. У пациентов с острым изолированным дистальным ТГВ, выявленным после вмешательств на варикозных венах, при отсутствии клинических симптомов и факторов риска дальнейшего прогрессирования, может быть рассмотрено динамическое наблюдение с повторным УЗАС через 2 недели. (2 В).
- 11.3.2. Пациентам с изолированным дистальным ТГВ, выявленным после вмешательств на варикозных венах, при наличии клинических симптомов или факторов риска дальнейшего прогрессирования, рекомендуется антикоагулянтная терапия (2 С).
- 11.3.3. Пациентам с острым проксимальным ТГВ, выявленным после вмешательств на варикозных венах, рекомендуется терапия с помощью ПОАК (предпочтительнее, чем АВК) (1 В).
- 11.3.4. Пациентам с симптоматической формой ассоциированного с облитерацией продолженного тромбоза рекомендуется терапия с помощью ПОАК (предпочтительнее, чем АВК) (1 С).
- 11.3.5. Пациентам с бессимптомной формой ассоциированного с облитерацией продолженного тромбоза III-IV класса рекомендуется терапия с помощью ПОАК (предпочтительнее, чем АВК).
- 11.3.6. Антикоагулянтную терапию ассоциированного с облитерацией продолженного тромбоза рекомендуется проводить до его полного рассасывания.

12. Лечение тромбоза поверхностных вен

- 12.1.1. Для лечения тромбоза основных сафенных стволов и притоков над коленом длиной ≥ 5 см и расстоянии ≥ 3 см от СФС, вне зависимости от ассоциации с наличием варикозных вен, рекомендуется подкожное введение фондапаринукса в дозе 2,5 мг 1 р/день в течение 45 дней. В качестве альтернативы для пациентов, которые не желают или не могут выполнять подкожные инъекции, можно рассмотреть терапию ривароксабаном в дозе 10 мг на протяжении 45 дней (1 А).
- 12.1.2. При тромбозе основных сафенных стволов на расстоянии < 3 см от СФС рекомендуется терапия полными лечебными дозами антикоагулянтов на протяжении не менее 6 недель.
- 12.1.3. Для лечения тромбоза основных сафенных стволов не рекомендуется применение НПВС и НМГ в профилактических и терапевтических дозировках. Несмотря на способность купировать боль и уменьшать протяженность ТПВ, препараты не демонстрируют эффективность в отношении снижения риска ВТЭО. При использовании НПВС для лечения дистального тромбоза короткого сегмента

подкожных вен рекомендуется выполнение УЗАС с целью выявления прогрессирования тромботического процесса в связи с высоким риском наличия симультанного ТГВ (1 А)

12.1.4. У специально отобранных пациентов с изолированным тромбозом варикозных притоков или ограниченным поражением ствола БПВ, следует рассмотреть возможность выполнения флебэктомии в качестве безопасной альтернативы (2 В).

12.1.5. У пациентов с тромбозом сафенных вен абляцию рекомендуется выполнять после стихания воспалительного процесса при наличии патологического рефлюкса по данным УЗАС.

13. Лечение кровотечения из варикозных вен

13.1. У пациентов с кровотечением из варикозных вен рекомендуется применять возвышенное положение конечности, локальную компрессию и склеротерапию с целью остановки кровотечения до момента выполнения хирургического лигирования.

13.2. Пациента с кровотечением из варикозных вен следует незамедлительно направить к специалисту.

13.3. У пациентов с кровотечением из варикозных вен после достижения гемостаза необходимо оценить состоятельность поверхностных вен и выполнить соответствующее вмешательство с целью снижения венозной гипертензии и риска рецидива кровотечения.

13.4. Пациенты с варикозной болезнью или венозными трофическими язвами должны быть проинформированы о возможности кровотечения, а их семьи, лица, осуществляющие уход, и друзья должны быть осведомлены о простых способах достижения гемостаза: придание возвышенного положения и локальная компрессия.

14. Лечение аневризм поверхностных вен

14.1. При наличии аневризмы поверхностных венозных стволов в пределах 3 см от СФС или СПС рекомендуется открытое хирургическое вмешательство с иссечением аневризмы и перевязкой вены над и под ней. При наличии симптоматического сафенного рефлюкса рекомендуется также выполнить эндовенозную облитерацию или открытое удаление (ограниченный стриппинг, флебэктомия) дистального сегмента сафенной вены.

14.2. При наличии бессимптомной аневризмы поверхностных венозных стволов на расстоянии >3 см от соустья, рекомендуется выполнение эндовенозной облитерации. Тромбопрофилактика в таких случаях снижает риск ВТЭО.

14.3. При наличии симптоматической, тромбированной или крупной аневризмы (>3 см) поверхностных вен целесообразно отдавать предпочтение ее открытому иссечению.

