Флебит и тромбофлебит поверхностных сосудов

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые · редакция 2024 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: I80.0, I80.8, I82.1, O22.2, O87.0 · Ассоциация сердечно-сосудистых хирургов России, Ассоциация флебологов России, Российское общество ангиологов и сосудистых хирургов

Флебит и тромбофлебит поверхностных вен — это тромбоз поверхностной вены с воспалением кожи и подкожной клетчатки. Рекомендация посвящена подтверждению тромбоза, оценке риска перехода в глубокие вены и выбору лечения по стадии процесса, включая антикоагуляцию, компрессию и хирургическую тактику.

Главное

- ТФПВ разделяют на острый (0–7 дней), стихающий (1–3 недели) и стихший (более 3 недель); сроки ориентировочны, окончательную стадию определяют по активности и динамике воспаления. У стихшего процесса могут сохраняться уплотнения и пигментация.
- Низкий риск соответствует изолированному тромбофлебиту притоков; умеренный — поражению ствола магистральной подкожной вены или приустьевых притоков с границей тромба дистальнее 3 см от соустья; высокий — границе тромба на расстоянии 3 см от соустья или ближе либо подфасциальному тромбозу перфорантной вены.
- При формулировке диагноза указывают локализацию, варикозное или неварикозное поражение, вовлечение магистральных вен, проксимальную границу тромба, переход в глубокие вены, давность, стадию и динамику воспаления.
- Наиболее опасные осложнения — распространение тромба в глубокие вены и ТЭЛА; риск перехода тромба в глубокую систему составляет 7–32%, а расположение проксимальной границы в пределах 1 см от соустья связано с наибольшим риском.
- Рутинные лабораторные тесты, включая Д-димер и скрининг системы гемостаза, не используют для диагностики ТФПВ или выбора тактики. Наследственную тромбофилию не исследуют, если результат не изменит профилактику у пациента или его родственников.
- Флотация тромба в поверхностной вене сама по себе не должна приводить к более агрессивному лечению; тактику определяют по локализации, стадии и степени риска перехода в глубокие вены.

Диагностика

1. Соберите жалобы и анамнез: оценивают боль и гиперемию по ходу тромбированных вен, общую гипертермию, недомогание и озноб. УДД 4, УУР С.
2. Выполните дуплексное сканирование вен верхних или нижних конечностей с оценкой поверхностных и глубоких вен обеих конечностей. В протоколе обязательно указывают проксимальную границу тромба, варикозную трансформацию, состояние перфорантных и глубоких вен, а также характер тромба. УДД 5, УУР С.
3. Определите стадию: острый ТФПВ сопровождается выраженным воспалением, стихающий — его регрессом, стихший — отсутствием воспаления при сохранении безболезненных или слабо болезненных уплотнений.
4. Определите риск перехода тромба в глубокие вены по проксимальной границе поражения: низкий, умеренный или высокий. При переходе тромба в глубокую систему или выявлении симультанного ТГВ диагноз формулируют как ТГВ.
5. Если ультразвуковое исследование невозможно, но имеются воспалительные признаки в проекции крупных подкожных вен и их притоков, диагноз может быть установлен клинически. При стихшем процессе учитывают признаки перенесенного тромбофлебита при осмотре и/или тромботическую окклюзию по УЗИ.
6. При подозрении на распространение тромба в глубокие вены и плохой визуализации выполняют дополнительные исследования: прямую или ретроградную флебографию, МР-венографию или КТ-венографию. УДД 5, УУР С.

Лечение

- При низком риске в острой и стихающей стадиях применяют системные НПВП для профилактики прогрессирования; при стихшем ТФПВ обычно достаточно симптоматической терапии или наблюдения. УДД 2, УУР B; для стихшего процесса — УДД 5, УУР C.
- При умеренном риске антикоагуляция является приоритетной: НМГ в промежуточной дозе 50–75% от лечебной или фондапаринукс 2,5 мг подкожно 1 раз в сутки. Если имеются ограничения к применению парентеральных форм антикоагулянтов, используют ривароксабан 10 мг в сутки. УДД 1–2, УУР A–B.
- При высоком риске назначают лечебные дозы антикоагулянтов, применяемые при лечении ТГВ. УДД 5, УУР C.
- В острой и стихающей стадиях независимо от степени риска используют эластическую компрессию 23–32 мм рт. ст.; для боли и воспаления рекомендуется рассмотреть возможность применения системных или местных НПВП, местных гепаринсодержащих средств и локальной гипотермии. Системные НПВП вместе с антикоагулянтами применяют только при отсутствии дополнительных факторов геморрагического риска.
- При умеренном риске антикоагуляцию проводят 45 дней; продление сверх этого срока оценивают при рецидиве, сохраняющихся симптомах или дополнительных факторах риска ВТЭО. УДД 2, УУР B; при продлении — УДД 2, УУР A.
- При высоком риске стандартная продолжительность антикоагуляции — 3 месяца от начала ТФПВ.
- При клиническом или ультразвуковом прогрессировании повторяют дуплексное сканирование. Если антитромботическая терапия не проводилась, ее начинают с учетом риска; если уже проводилась, проверяют соблюдение назначений и увеличивают дозу и/или меняют препарат. УДД 2–4, УУР B–C.
- Высокое лигирование или кроссэктомию выполняют при высоком риске и невозможности антикоагуляции в острой или стихающей стадии; при умеренном риске — также только при невозможности антикоагуляции. При низком риске эти операции не показаны.
- При беременности и грудном вскармливании для антикоагуляции используют НМГ; фондапаринукс и ривароксабан не рекомендуются к рутинному применению.

Когда направить и как наблюдать

- Госпитализируйте при высоком риске перехода тромба в глубокие вены в острой стадии, если невозможно обеспечить адекватное амбулаторное лечение, а также при гнойном тромбофлебите. УДД 5, УУР C.
- При подозрении на гнойный тромбофлебит нужны стационар, ранняя эмпирическая антибактериальная терапия и дренирование первичного очага инфекции. Подозрение усиливают выраженное местное воспаление и не менее двух признаков системной воспалительной реакции; безусловный признак — выделение гноя из места пункции вены. УДД 5, УУР C.
- При остром ТФПВ с воспалением до средней трети бедра в системе БПВ или до верхней трети голени в системе МПВ госпитализация показана, если невозможно выполнить дуплексное сканирование.
- При прогрессировании ТФПВ следует рассмотреть госпитализацию; во время беременности или в послеродовом периоде дополнительные факторы риска рецидива ВТЭО или кровотечения являются аргументом в ее пользу.
- После стационарного лечения выписка возможна при отсутствии прогрессирования ТФПВ и стихании острого воспаления на фоне антикоагулянтной или симптоматической терапии.

Частые вопросы

Нужно ли назначать Д-димер, АЧТВ или другие анализы для подтверждения ТФПВ?

Нет. Лабораторные тесты не рекомендуются для диагностики ТФПВ или выбора тактики. УДД 5, УУР C.

Какой метод диагностики является основным?

Дуплексное сканирование вен верхних или нижних конечностей с обязательной оценкой поверхностных и глубоких вен обеих конечностей. Нужно точно определить проксимальную границу тромба и наличие или отсутствие варикозной трансформации. УДД 5, УУР C.

Когда при ТФПВ нужны антикоагулянты?

При умеренном риске предпочтительна антикоагуляция: НМГ 50–75% от лечебной дозы, фондапаринукс 2,5 мг 1 раз в сутки или при ограничениях парентеральной терапии ривароксабан 10 мг в сутки. При высоком риске применяют лечебные дозы антикоагулянтов, как при ТГВ, обычно 3 месяца.

Можно ли использовать ривароксабан 10 мг при ТФПВ?

При умеренном риске ривароксабан 10 мг в сутки может применяться при ограничениях к парентеральным антикоагулянтам; стандартная продолжительность — 45 дней. В тексте отдельно отмечено, что на момент издания рекомендации это применение не указано в зарегистрированной инструкции для лечения ТФПВ.

Как лечить ТФПВ во время беременности и грудного вскармливания?

Для антикоагуляции используют НМГ. Фондапаринукс и ривароксабан не рекомендуются к рутинному применению у беременных и кормящих женщин.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/668-flebit-i-tromboflebit-poverhnostnyh-sosudov. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/668_2