Варикозное расширение вен нижних конечностей

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые · редакция 2024 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: I83, I83.0, I83.1, I83.2, I83.9 · Ассоциация сердечно-сосудистых хирургов России, Ассоциация флебологов России, Российское общество ангиологов и сосудистых хирургов

Варикозное расширение вен нижних конечностей — хроническое заболевание с первичной трансформацией подкожных вен, которое может осложняться хронической венозной недостаточностью, отеком, кожными изменениями и трофической язвой. Рекомендация описывает последовательность диагностики, компрессионную и медикаментозную терапию, склеротерапию, хирургическое лечение и профилактику ВТЭО.

Главное

- Диагноз варикозного расширения вен устанавливают при наличии в положении стоя видимых и контурирующихся узловатых или извитых подкожных вен диаметром более 3 мм. Видимые ровные подкожные вены без узловатых расширений, особенно при тонкой коже, варикозными не считают.
- Для описания состояния пациента используют CEAP: C2 — варикозно измененные подкожные вены, C3 — отек, C4 — трофические изменения кожи, C5 — зажившая язва, C6 — активная венозная язва. Клинические классы не являются последовательными стадиями заболевания.
- Перед инвазивным лечением дуплексное сканирование вен нижних конечностей — инструментальный метод первой линии; исследуют доступные поверхностные и глубокие вены обеих конечностей, анатомию, сжимаемость, кровоток и рефлюкс.
- Компрессия уменьшает симптомы и отек, применяется при ХЗВ C2–C6; давление на уровне лодыжки обычно составляет 10–30 мм рт. ст. При ХЗВ C5 компрессия снижает риск рецидива венозной язвы, а после открытой операции должна продолжаться не менее 1 недели.
- Пероральные флеботропные препараты используют для уменьшения симптомов ХЗВ и при проявлениях хронической венозной недостаточности, но не назначают при бессимптомном течении ХЗВ без венозной недостаточности.
- При патологическом вертикальном рефлюксе методы термооблитерации предпочтительнее открытой хирургии; выбор между ЭВЛО и РЧО не имеет доказанного приоритета.
- Перед любой операцией оценивают риск ВТЭО, в том числе по шкале Каприни, и назначают профилактику с учетом индивидуального риска. Рутинная фармакопрофилактика после современных малоинвазивных вмешательств не обоснована; профилактические дозы антикоагулянтов могут рассматриваться при 7–10 баллах, при 11 баллах и более, а также после перенесенных ТГВ, тромбофлебита или ТЭЛА.

Диагностика

1. Сначала проводят клиническое обследование: уточняют жалобы, анамнез и выполняют осмотр с пальпацией. При ясном диагнозе и отсутствии планов на инвазивное лечение этим обследованием можно ограничиться (УДД 5, УУР C).
2. Уточняют венозные симптомы и их динамику: тяжесть, боль, ощущение отека, судороги, зуд и другие жалобы; для венозной симптоматики характерно усиление при длительном стоянии или сидении и к концу дня, уменьшение после ходьбы или горизонтального отдыха (УДД 5, УУР C).
3. Собирают сведения о тромбозах и тромбофлебитах, гормональных препаратах, гинекологическом анамнезе и сопутствующих заболеваниях сердца и почек. Это помогает различить первичное, вторичное и врожденное поражение вен.
4. Осмотр выполняют стоя: оценивают телеангиэктазы, ретикулярные и варикозные вены, отек и трофические изменения. При варикозе в области живота, паха или промежности осматривают эти зоны; дополнительно проверяют пульсацию магистральных артерий и подвижность голеностопных суставов (УДД 5, УУР C).
5. Рутинные лабораторные исследования только из-за наличия ХЗВ не проводят (УДД 5, УУР C). Лабораторное обследование назначают по показаниям сопутствующей патологии, планируемого лечения и анестезиологического пособия.

6. При планировании инвазивного лечения или необходимости уточнить диагноз выполняют дуплексное сканирование. Исследование функции клапанов проводят стоя; патологическим считают рефлюкс более 0,5 с в подкожных, берцовых, икроножных венах и глубокой вене бедра и более 1 с в общей бедренной, бедренной и подколенной венах (УДД 3, УУР С).
7. При подозрении на вторичное варикозное расширение, ангиодисплазию или сочетание с проксимальной венозной обструкцией используют флебографию, МРТ-венографию или КТ-венографию. Допплерографию не рекомендуют в качестве самостоятельного метода, а плетизмографию — вне научных исследований (УДД 5, УУР С).

Лечение

- Для уменьшения симптомов компрессию применяют при ХЗВ С2–С6; давление на уровне лодыжки должно составлять 10–30 мм рт. ст. Для уменьшения отека используют минимальное давление, достаточное для эффекта; при массивном отеке начинают с бандажей и затем переходят на трикотаж (УДД 2, УУР В; УДД 2, УУР А).
- Компрессию не применяют при тяжелой артериальной недостаточности с ЛПИ < 0,6, давлением на лодыжке < 60 мм рт. ст., на большом пальце < 30 мм рт. ст. или транскутанным напряжением кислорода < 20 мм рт. ст.; также противопоказаниями являются тяжелая сердечная недостаточность NYHA IV, сердечная недостаточность NYHA III при отсутствии объективных показаний и клинико-гемодинамического мониторинга, аллергия на материал и предполагаемое сдавление артериального шунта.
- Для уменьшения венозных симптомов применяют гесперидин+диосмин, диосмин, МОФФ, рутозиды, кальция добезилат, экстракт семян конского каштана, экстракт рускуса и сулодексид; при бессимптомном ХЗВ без венозной недостаточности ФЛС не назначают (основные препараты: УДД 1, УУР А; сулодексид: УДД 2, УУР В).
- При венозной трофической язве МОФФ или сулодексид добавляют к компрессионной терапии; для сулодексида указана схема 250 или 500 ЛЕ 2 раза в день (УДД 1, УУР А). Для уменьшения трофических изменений применяют препараты на основе диосмина, а также сулодексид.
- Местные формы на основе гепарина в комбинации с другими средствами используют для быстрого уменьшения венозных симптомов (УДД 4, УУР С). Средство с индометацином и троксерутином можно применять в течение 10 дней для профилактики или уменьшения ощущения «струны» после облитерации магистральной вены (УДД 3, УУР В).
- При варикозной болезни хирургическое лечение включает устранение патологического рефлюкса и/или удаление варикозных вен. Для стволового рефлюкса по БПВ и МПВ рекомендуются ЭВЛО или РЧО; для БПВ рекомендация имеет УДД 1, УУР А, для МПВ — УДД 1, УУР С. При выборе между ЭВЛО и РЧО один метод не имеет доказанного преимущества (УДД 1, УУР А).
- При венозной язве обязательна компрессия; при открытой язве с отеком, целлюлитом и выраженной экссудацией используют многослойные бандажи, после уменьшения воспаления и экссудации переходят на трикотаж 2–3-го класса. При С6 целевой уровень компрессии — не менее 40 мм рт. ст. (УДД 1, УУР А; УДД 2, УУР А).

Когда направить и как наблюдать

- Для плановой госпитализации направляют пациента, если оперативное лечение варикозной болезни или санацию венозной язвы невозможно организовать амбулаторно или в дневном стационаре.
- Экстренная госпитализация показана при кровотечении из варикозных вен, когда помощь вне стационара недостаточна; при остром тромбозе поверхностных вен с высоким риском перехода на глубокие вены или при гнойном тромбофлебите; а также при воспалении, достигающем верхней трети бедра в системе БПВ или верхней трети голени в системе МПВ, если невозможно выполнить ультразвуковое исследование.
- Скорая помощь нужна при жизнеугрожающих состояниях, включая кровотечение из варикозных вен и тромбоз поверхностных вен нижних конечностей.

Частые вопросы

Когда при варикозных венах нужно выполнять дуплексное сканирование?

Перед инвазивным лечением дуплексное сканирование выполняют как инструментальный метод первой линии. При ясном диагнозе и отсутствии планов на склеротерапию, термооблитерацию или флебэктомию можно ограничиться клиническим обследованием.

Какой рефлюкс считают патологическим?

Более 0,5 секунды — в подкожных, берцовых, икроножных венах и глубокой вене бедра; более 1 секунды — в общей бедренной, бедренной и подколенной венах. Рефлюкс более 0,5 секунды без варикозной трансформации сам по себе не является основанием для инвазивного лечения.

Какие препараты назначают при симптомном ХЗВ?

В рекомендациях перечислены диосмин, гесперидин+диосмин, МОФФ, рутозиды, кальция добезилат, экстракты конского каштана и рускуса, а также сулодексид. При бессимптомном течении ХЗВ без венозной недостаточности ФЛС не рекомендуются.

Как лечить венозную трофическую язву?

Основа лечения — компрессия при любой язве венозной этиологии; при С6 обычно используют многослойное бинтование или двухслойный трикотаж с давлением не менее 40 мм рт. ст. Дополнительно применяют местное лечение, при необходимости дебридмент и ФЛС; раннее устранение поверхностного рефлюкса не откладывают до полного заживления язвы.

Нужно ли всем пациентам после операции назначать антикоагулянты?

Нет. До вмешательства оценивают риск ВТЭО, а профилактику подбирают индивидуально; рутинная фармакопрофилактика после современных малоинвазивных операций не обоснована. Ее можно рассматривать при 7–10 баллах по Каприни, при 11 баллах и более и у пациентов с перенесенными ТГВ, тромбофлебитом или ТЭЛА.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/680-varikoznoe-rasshirenie-ven-nizhnih-konechnostej. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/680_2