

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12, 145/12, 87/13, 164/13, 39/14, 43/14, 132/14, 188/14 и 10/15), министерот за здравство донесе

## **УПАТСТВО**

### **ЗА МЕДИЦИНСКОТО ЗГРИЖУВАЊЕ ПРИ ПРОШИРЕНИ ВЕНИ И ВЕНСКА ИНСУФИЦИЕНЦИЈА НА ДОЛНИОТ ЕКСТРЕМИТЕТ**

#### **Член 1**

Со ова упатство се утврдува медицинското згрижување при проширени вени и венска инсуфициенција на долниот екстремитет.

#### **Член 2**

Начинот на медицинското згрижување при проширени вени и венска инсуфициенција на долниот екстремитет е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

#### **Член 3**

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на медицинското згрижување при проширени вени и венска инсуфициенција на долниот екстремитет по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на згрижувањето, при што истото од страна на докторот соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

#### **Член 4**

Со денот на влегувањето во сила на ова упатство престанува да важи Упатството за практикување на медицина заснована на докази при проширени вени и венска инсуф-ициенција на долниот екстремитет („Службен весник на Република Македонија“ бр. 49/14).

#### **Член 5**

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 17-2779/1

27 февруари 2015 година

Скопје

**МИНИСТЕР**

**Никола Тодоров**

---

## ПРОШИРЕНИ ВЕНИ И ВЕНСКА ИНСУФИЦИЕНЦИЈА НА ДОЛНИОТ ЕКСТРЕМИТЕТ

МЗД Упатство

25.2.2014 • комплетно ажурирано

Virpi Honkala

- Основни податоци
- Епидемиологија
- Етиологија
- Симптоми
- Иследувања
- Диференцијална дијагноза
- Терапија
- Акутна нега
- Поврзани извори
- Референци

### ОСНОВНИ ПОДАТОЦИ

- Честа болест без достапен лек за основната состојба.
- Инсуфициенција на површните вени (суперфициелна венска инсуфициенција) е најчеста форма на болеста. Варикозни вени се најчест видлив знак на суперфициелна венска инсуфициенција, но не е присутна кај сите пациенти.
- Длабока венска инсуфициенција е поретка и често е резултат на длабока венска тромбоза.
- Компресивни чорапи се прв третман од избор кај пациентите со лесни симптоми (ннд – С). Тие исто така се препорачуваат и после хируршки третман.
- Симптомите во нога со варикозни вени може да се должат и на друга фактори, и на пациентот не треба да му се ветува дека симптомите ќе исчезнат после операцијата.
- Колор Doppler duplex ултразвукот е дијагностички метод од прв избор, незаменлив при планирање на понатамошниот третман. Инвазивните процедури не треба да се изведуваат без претходна ултрасонографија.

### ЕПИДЕМИОЛОГИЈА

- Проширените вени се многу често заболување (преваленца 30-40% од возрастна популација во западните земји). 80% од популацијата има телеангијектазии и минорни супкутани венектазии без инсуфуценција на површните венски сплетови.
- Ризик факторите вклучуваат стареење, женски пол, историја на бремености и породувања, фамилна оптовареност, веројатно и гојност.
- Проширените вени честопати се влошуваат за време на бременост.

### ЕТИОЛОГИЈА

- Основната причина на венската инсуфициенција е непозната.
- Најзначаен фактор на болеста е венскиот рефлукс. Со време, тој води до венска хипертензија и дилатација на површните вени, т.е. варикозитети.

- Најчестата манифестација на суперфициелна венска инсуфициенција, примарни варикозитети има многу форми. Почнува дистално со варикозитети на малите поткожни вени.
- Во поретки форми на болеста, варикозитетите се минимални или непостоечки, но рефлукс се јавува во големата или малата сафенска вена, и болеста може да биде комплицирана (C4-C6; види табела 1)
- Болест која почнува како суперфициелна инсуфициенција може последователно да води до секундарна инсуфициенција на перфорантните и длабоките вени.
- Пролонгирана венска хипертензија може да доведе до кожни промени на нозете и регијата околу глуждовите и венски ножни улцери.
- Ова може да доведе и до оштетување на лимфатичниот систем, водејќи до секундарна инсуфициенција на лимфатичниот систем и мешани едеми.
- Понекогаш причина може да биде нарушување во длабоките вени, кое најчесто е последица на длабока венска тромбоза (посттромботичен синдром).

### СИМПТОМИ

- Најчести симптоми и знаци се:
- Оток на долните екстремитети (кој се влошува попладне)
- Болка
- Чувство на тежина и напнатост
- Чешање
- Видливи варикозни вени
- Ножни улцери

### ИСЛЕДУВАЊА

- Во клиничките иследувања треба да се земе во предвид следното:
  - Екстензивноста и локацијата на варикозитетите: испакнати тортуозни вени видливи при стоење на нозете и/или бедрата, и фотографски распоредени телеангиектазии, често асоцирани со венска хипертензија особено на внатрешните страни на глуждовите и стопалата.
  - Отокот и состојбата на кожата: дерматитис поради стаза, пигментација, задебелување на кожата и поткожното ткиво (липодерматосклерозис), атрофични промени во глуждната регија, површен флебитис или улцер.
- Се корелира наодот со симптомите на пациентот како предуслов за имплементирање на точниот третман (CEAP класификација).
- Се испитува и артериската циркулација: температура на екстремитетот, периферни пулсации, глуждно-надлактиот индекс (ABI) треба да се измери во цел на диференцијална дијагноза барем кај постари и лица со дијабетес.
- Во вон-болнички услови проширените вени може да бидат идентифицирани и локализирани со рачен Доплер (handheld pencil Doppler).
- Колор Доплер, дуплекс ултразвук е метод на прв избор во дијагностиката на нарушувањата на длабокиот венски систем и незаменлив при планирање на било која процедура.

**Табела 1. Проценка на тежината на венската болест**

<b>Клиничка CEAP* класификација</b>	<b>Нормален наод, ништо не сугерира венска болест C0)</b>
	Интрадермални дилатирани вени (телеангиектазии) (C1)
	Варикозни вени (C2)
	Варикозни вени и мерлив ножен оток, без кожни промени (C3)
	Кожни промени последица на венска болест како пигментации, венски екцем или липодерматосклероза (C4)
	Кожни промени со залечен кожен улцер (C5)
	Кожни промени со активен кожен улцер (C6)
<b>Класификација на онеспособеноста за проценка на симптомите</b>	Асимптоматски (0)
	Симптоматски, може да работи без користење на компресивни чорапи или завој (1)
	Симптоматски, не може да работи без користење на компресивни чорапи или завој (1)
	Не може да работи дури и со компресивни чорапи, завој

\* Porter JM, Moneta GL. Reporting standards in venous disease: an update. International Consensus Committee on Chronic Venous Disease. *J Vasc Surg* 1995;21(4):635-45.

### **CEAP класификација**

C – (clinical) клинички (a= асимптоматски, c= симптоматски)

E – (etiology) етиологија (конгенитални, примарни, секундарни)

A – (anatomic findings) анатомски наод

P – (pathophysiological component) патофизиолошки компоненти (Pr = рефлукс, Po = обструкција)

### **ДИФЕРЕНЦИЈАЛНА ДИЈАГНОЗА**

- Други состојби кои предизвикуваат симптоми на долните екстремитети треба да се земат во предвид во диференцијалната дијагноза:
  - Ишијас
  - Артралгија
  - Вакер-ова циста
  - Фасцијален компартман синдром
  - Различни видови на тендинитис, инсертитис и бурситис
  - Синдром на немирни нозе
  - Проблеми со артериската циркулација
- Во диференцијална дијагноза на отокот, треба да се земат во предвид состојби како што е срцева слабост.
- Доколку нема клинички наод кој сугерира венска инсуфициенција, освен отокот, истиот веројатно не се должи на венска инсуфициенција.

### **ТЕРАПИЈА**

- Целта е олеснување на симптомите и превенција на компликациите (крвавење од варикозитетите, површна или длабока венска тромбоза, ножни улцери).

- Најважен основен третман подразбира редовно носење на компресивни чорапи (ннд-С), без оглед на можен хируршки третман. Чорапите спречуваат прогресија на оштетувањето, а хируршкото лекување често може да биде превенирано со нивно користење.
- За класификација на компресивните чорапи види го упатството за ножни отоци.
- Големината и компресивната класа на чорапите треба да биде пропишана од лекар.
- Компресивните чорапи треба внимателно да се облекуваат доколку постои сомнеж за нарушување на артериската циркулација кај пациентот.
  - АВИ вредност  $>0.8$  се смета за безбедна за носење компресивни чорапи.
  - Доколку АВИ вредноста е  $0.5-0.8$ , одлуката за третманот треба да ја донесе специјалист. Пациентот треба внимателно да се мониторира за симптоми на исхемија.
  - Доколку АВИ вредноста е  $<0.5$  не треба да се користи компресија.
- Компресивни чорапи до колениците од класа 2, вообичаено се доволни. Доколку е тешко да се постават овие чорапи дури и со помош, наместо нив се применуваат две компресивни чорапи класа 1 една врз друга.
  - Мерењето за компресивни чорапи мора да се направи наутро кога нозете не се отечени.
  - Чорапите треба да се менуваат 2-3 пати годишно.
  - Третманот со компресивни чорапи треба да се мониторира најдолго 3-6 месеци.
- Вежбање подигање на стопалата и редуцирање на ексцесивна телесна тежина.
- Екстракт од семе од див костен може да доведе до редукција на симптомите асоцирани со хронична венска инсуфициенција (ножна болка, оток и чешање) (ннд – В).
- Флеботониците може да ги редуцираат отоците асоцирани со венска инсуфициенција (ннд – В). Постои најмалку еден продукт кој содржи екстракт од лозов лист и флавоноиди, достапен без лекарска прескрипција.
- Инвазивен третман треба да се примени:
  - Во комплицирани случаи (класи С4-6)
  - Кај пациенти со полесна болест (С2-3), но со бројни симптоми, кои не можат да ги извршуваат своите секојдневни активности и покрај компресивните чорапи (период на обид од 3-6 месеци), или не можат да носат компресивни чорапи.
  - Кај пациенти со повторувани епизоди на тромбофлебитис или поединечен екстензивен тромбофлебитис, или крваречки варикозни вени.
- Инвазивниот третман треба да се планира индивидуално, во зависност од клиничката состојба и наодот од колор Допплер иследувањето.
  - Склеротерапија со пена
  - Интравенски катетерски третман (ласерски или радиофреквентен термален катетер)
  - Отворена хирургија

### Интравенски третман

- При **склеротерапија** течност или пена се инјектира во вените, предизвикувајќи оштетување на ендотелот, венска констрикција и последична оклузивна фиброза.
- Погодна е за третман на малите или средни површни вени.
- Осопено погодна за рекуренции после хируршки третман.
- Се изведува како амбулаторна процедура, нема потреба од локална анестезија. Пациентот веднаш може да си оди после кратко мониторирање.
- Контраиндикации се: историја за ДВТ или ПТЕ потврдено коагулационо нарушување, алергија на склерозирачкото средство, потентен форамен овале (десно-лев шант), и тешка исхемија на долните екстремитети.
- Најчест несакан ефект е хиперпигментација која може да биде перзистентна или перманентна. Чести се транзиторни тромби и флебитис кај третираниите вени и може да останат болни во период од неколку недели дури и месеци. Не бараат третман, освен доколку болката и отокот не се изразени.
- Ризикот од сериозни компликации (ДВТ, ПТЕ, кожна некроза) е мал.

- **Радиофреквентна и ласер терапија** се базираат на загревање на венскиот сид, водејќи до намалување на вената и опструирање на луменот.
  - Најчесто се користи за третман на големата сафенска вена во бутот или мајата сафенска вена.
  - Може да се користи за релативно прави сегменти на главното стебло или за значајни колатерали, не за самите варикозитети, кои треба да се третираат со други методи.
  - Може да се изведуваат во амбулаторни услови или во оперативна сала, вообичаено со користење локална анестезија.
  - Има помалку проблем во тек на опоравувањето или компликации, споредено со хируршкото лекување. Чести се лесни симптоми како мали модринки и напнатост.
  - Поединечни случаи на ДВТ, нервно оштетување или опекотини се ретки.
- Вообичаено ила мала потреба од боледување.
- Може да бидат потребни неколку сесии на третман.
- Не е соодветна за третман на големи и екстензивни варикозитети.
- Врз основа на 2-3 годишни периоди на следење, резултатите од интравенскиот третман на инсуфициенција на големата и малата сафенска вена се споредливи со резултатите од хируршкото лекување (ннд – С).

### Хируршки третман

- Хируршкиот третман е особено погоден за големи и екстензивни варикозитети на суперфициелните вени.
- Операцијата се базира на мапа која се добива со ултрасонографија.
- Заболената сафенска вена или нејзините значајни колатерали се отстрануваат со стрипинг, додека локалните варикозитети се ресецираат. Заболените перфорантни вени, особено оние над мускулната пумпа на потколеницата, честопати исто така се затвораат.
  - Вообичаено се ресецираат само заболените венски сегменти.
  - Ресекцијата на варикозитетите е особено важна, бидејќи се чини дека болеста почнува оттука.
- Најчести комоликации се инфекција на раната, оштетување на површните сензитивни нерви и оштетување на лимфатичниот систем.
- Вообичаено, потребно е боледување од 2-4 недели, во зависност од екстензивноста на операцијата и професијата на пациентот.
- Бидејќи е ограничен бројот на студии од долгорочно следење на пациентите третирани со корективна хирургија на длабоките вени (неколку техники на третман на венските валвули), ова не е препорачан третман од избор за венска инсуфициенција.

### Акутна нега

- Акутно крвавење на варикозна вена
  - За прва помош, подигање на ногата и ставање преврска.
  - Крвавењето лесно се повторува, поради што бара консултација за специјализирана нега.
    - Акутна состојба може да се третира со склеротерапија, а потоа да се размисли за понатамошните мерки.
- Суперфицијален (површен) флебитис асоциран со варикозни вени.
  - Предизвикува болка, еритем и оток.
  - Иследувањата и третманот се опфатени во Упатството за суперфициелен тромбофлебитис.
  - Пациент со екстензивен или рекурентен ограничен флебитис треба да се упати кај специјалист за специјализирана нега и соодветни процедури.
- Акутна липодерматосклероза
- Симптомите аграфираат во тек на неколку дена: ногата станува отечена болка, а кожата еритематозна.

- Можни се кожни промени (хиперпигментација и липодерматосклероза) на ногата дури и претходно.
- Оваа состојба може да се замени со еризипел. Но, нема зголемени инфламаторни маркери и пациентот нема општи симптоми.
- Акутна липодерматосклероза треба да се третира најпрво со елевација на нозете, потоа примена на компресивни чорапи, и може да бара упатување кај специјалист.

## Ножни улцери

- Види упатство за Конзервативен и третман со пластична хирургија на ножни улцери.

### ПОВРЗАНИ ИЗВОРИ COCHRANE-ОВИ ПРЕГЛЕДИ

- Компресивните чорапи може да ги подобрат симптомите на ножен замор кај лица чија професија е врзана со стоење (ннд - C).
- CHIVA методот се чини ја намалува рекурненијата на варикозни вени и предизвикува помалку модрици и нервно оштетување споредено со венскиот стрипинг при третман на хронична венска инсуфициенција (ннд - B).
- Доказите за целокупно најдобриот третман за проширени вени се несигурни, но операцијата се чини дека обезбедува повеќе долгорочна корист во споредба со склеротерапијата (ннд - D).
- Избор на бренд на склерозант, доза, формулација (пена наспроти течност), носење на помагала со локален притисок или степенот и времетраењето на компресијата се чини дека немаат значително влијание врз ефикасноста на склеротерапијата за проширени вени (ннд - B).
- Употреба на турнике може да ја намали загубата на крв при хирургија на проширени вени (ннд-C).
- Склеротерапија (со натриум тетрадецил сулфат, полидоцанол или хепарсал) може да биде поефикасна од плацебо во третирањето на телеангиектазии на долните екстремитети (ннд - C).

### ДРУГИ РЕЗИМЕА СО ДОКАЗ

1. Хируршки третман на венски улцери вклучително и супфасцијална ендоскопска перфоративна хирургија (SEPS), со или без аблација на сафенската вена, може да резултира со дури 90% веројатност за залекување на улцерот, и 13% веројатност за рекурненија во брзо време (ннд – C).
2. Лигација и валвулопластика може да резултираат со умерено подобрување, одржливо седум до десет години, кај пациентите со лесна до умерена инкомпетенција на длабоките вени, предизвикано од примарна валвуларна инкомпетенција, споредено со примена само на лигација, но доказите се недоволни за цврсти заклучоци (ннд - C).
3. Промените на кожата, венски улцери и минатата историја на длабока венска тромбоза може да сугерира венски рефлукс. Доплер ултрасонографијата се чини дека е најдобриот метод на испитување. Хирургијата може да биде ефикасна за пациенти со инкомпетентност на сапхено-феморален и на сапхено-поплитеален спој. Склеротерапијата може да биде ефективен кај некои пациенти со несафенски проширени вени (ннд - C).

### ЛИТЕРАТУРА

1. Donnelly R, Hinwood D, London NJ. ABC of arterial and venous disease. Non-invasive methods of arterial and venous assessment. BMJ 2000 Mar 11;320(7236):698-701. «PMID: 10710584»PubMed

2. London NJ, Nash R. ABC of arterial and venous disease. Varicose veins. BMJ 2000 May 20;320(7246):1391-4. «PMID: 10818035»PubMed
3. Sybrandy JE, van Gent WB, Pierik EG, Wittens CH. Endoscopic versus open subfascial division of incompetent perforating veins in the treatment of venous leg ulceration: long-term follow-up. J Vasc Surg 2001 May;33(5):1028-32. «PMID: 11331845»PubMed
4. Scavée V, Lesceu O, Theys S, Jamart J, Louagie Y, Schoevaerdt JC. Hook phlebectomy versus transilluminated powered phlebectomy for varicose vein surgery: early results. Eur J Vasc Endovasc Surg 2003 May;25(5):473-5. «PMID: 12713789»PubMed
5. Teruya TH, Ballard JL. New approaches for the treatment of varicose veins. Surg Clin North Am 2004 Oct;84(5):1397-417, viii-ix. «PMID: 15364562»PubMed
6. Michaels JA, Campbell WB, Brazier JE, Macintyre JB, Palfreyman SJ, Ratcliffe J, Rigby K. Randomised clinical trial, observational study and assessment of cost-effectiveness of the treatment of varicose veins (REACTIV trial). Health Technol Assess 2006 Apr;10(13):1-196, iii-iv. «PMID: 16707070»PubMed «<http://www.hta.ac.uk/execsumm/summ1013.shtml>»1
7. Subramonia S, Lees TA. The treatment of varicose veins. Ann R Coll Surg Engl 2007 Mar;89(2):96-100. «PMID: 17346396»PubMed

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Porter JM, Moneta GL. Reporting standards in venous disease: an update. International Consensus Committee on Chronic Venous Disease. J Vasc Surg 1995;21(4):635-45. «PMID: 7707568»PubMed

**Последен пат прегледано за ажурирање на 25.2.2014 • Последна промена 25.2.2014**

Article ID: ebm00964 (005.030)

© 2014 Duodecim Medical Publications Ltd

- 1. EBM Guidelines 25.2.2014, [www.ebm-guidelines.com](http://www.ebm-guidelines.com)**
- 2. Упатството треба да се ажурира еднаш на 4 години.**
- 3. Предвидено следно ажурирање во 2018 година.**

**Упатството го ажурирала Доц. Д-р Марија Вавлукис  
Координатор: Проф. д-р Катица Зафировска**