

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

У П А Т С Т В О
ЗА ПРАКТИКУВАЊЕ НА МЕДИЦИНА ЗАСНОВАНА НА ДОКАЗИ ПРИ
ПРОШИРЕНИ ВЕНИ И ВЕНСКА ИНСУФИЦИЕНЦИЈА НА ДОЛНИОТ
ЕКСТРЕМИТЕТ

Член 1

Со ова упатство се пропишува третманот при проширени вени и венска инсуфициенција на долниот екстремитет.

Член 2

Начинот на третман на 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 третман 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 третманот, при што од страна на докторот тоа соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

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

Бр. 07-8972/2
30 ноември 2013 година
Скопје

МИНИСТЕР
Никола Тодоров

ПРОШИРЕНИ ВЕНИ И ВЕНСКА ИНСУФИЦИЕНЦИЈА НА ДОЛНИОТ ЕКСТРЕМИТЕТ

МЗД Упатство
3.3.2010

- Основни податоци
- Општо
- Патофизиологија на венската циркулација на долните екстремитети
- Знаци и симптоми
- Дијагноза
- СЕАР класификација
- Принципи на третман
- Венски улцер на ногата
- Поврзани извори
- Референци

ОСНОВНИ ПОДАТОЦИ

- При првиот преглед е важно де се исклучи постоење на состојби кои даваат симптоматологија на долните екстремитети (ишијалгија, артралгија, Бекерова циста, компартмент синдром).
- Во една нога со значително проширени вени, многу симптоми кои се претпоставува дека се од венско потекло всушност можат да бидат поради други фактори, а на пациентот не смее да му се вети дека симптомите ќе исчезнат по операцијата.
- Доплер дуплекс во боја сонографија е првиот избор во дијагностиката на венска инсуфициенција и е неопходен кога се планира понатамошно третирање.
- Компресивните чорапи се првиот избор третман за пациентите со благи симптоми, а исто така се препорачуваат по хируршки третман.

ОПШТО

- Проширените вени се многу често заболување (преваленца до 50% од возрастна популација).
- Проширените вени честопати се влошуваат за време на бременост.
- Симптомите покажуваат голема варијација и не секогаш корелираат со бројот на површни варикси.

ПАТОФИЗИОЛОГИЈА НА ВЕНСКАТА ЦИРКУЛАЦИЈА НА ДОЛНИТЕ ЕКСТРЕМИТЕТИ

- До 90% од венскиот повраток се остварува преку длабокиот венски систем.
- Површните вени се однесуваат како крвни базени од каде крвта се насочува кон длабоките вени преку перфорантните вени.
- Мускулната пумпа на долниот екстремитет овозможува ефективна циркулација, а валвулите на длабоките вени го спречуваат рефлуксот.

- Повредениот венски ѕид предизвикува рефлукс на крвта кој може да води кон венска хипертензија. Како што се влошува венската хипертензија функцијата на перфорантните вени може да биде афектирана што води кон секундарна длабока венска инсуфициенција.
- Пролонгирана венска хипертензија иницијално предизвикува појава на оток на ногата. Потоа следи појавата на хоперпигментација, склероза на супкутаното ткиво и појава на улцерации.
- Доплер-сонографските студии покажуваат физиолошки рефлукс на перфорантните вени кај асимптоматски пациенти. Од друга страна, во случај на тешка инсуфициенција на површните вени, постои проток надолу како последица на инкомпетентни проксимални валвули на вена сафена магна. Крвта се насочува кон длабоките вени преку перфорантните вени.
- Вистинска симптоматска инкомпетентност на перфорантните вени може да биде асоцирана со рефлукс од длабоките вени или со пролонгирана еksesивна венска циркулација долж долниот екстремитет, предизвикана од инкомпетентност на површниот венски систем.
- Постфлебитичниот синдром, настанат по длабока венска тромбоза, се нарекува како секундарни варикозни вени.

ЗНАЦИ И СИМПТОМИ

- Локализирана болка, чувство на стегане или печење кое се влошува во текот на денот, особено при долготрајно стоене или седење.
- Понекогаш, појава на болка околу варикозитетите при физичка активност.
- Замор и оток на екстремитетот во вечерните часови.
- Ноќни грчеви, болка во екстремитетот или постојан замор.
- Во стоечка положба, видливи набабрени, тортуозни вени во пределот на под и/или натколеницата.
- Оток, назначен околу долниот дел на ногата.
- Кожата во долните партии на ногата, особено на медијалната страна може да стане истенчена, груба, пигментирана поради хронично зголемениот венски притисок. Можна е и појава на улцерации.

ДИЈАГНОЗА

- Целта е да се опише типот и екстензивноста на циркулаторната болест, да се корелира наодот со симптомите на пациентот како предуслов за имплементирање на точниот третман (СЕАР класификација).
- Клиничкиот преглед треба да започне со инспекција на кожата: екстензивност и локализација на варикозитетите, оток на ногата (1), индурација, стасис дерматитис, пигментација, липодерматосклероза, улцерации.
- Артериска циркулација: температура на екстремитетот, периферни пулсации.
- Околу 90% од проширените вени може да бидат идентифицирани и локализирани со рачен Доплер (handheld pencil Doppler). Обуката за работа со овој апарат е едноставна и е одлично средство за вршење на скрининг прегледи(2).
- Колор Доплер, дуплекс скен е метод на прв избор во дијагностиката на нарушувањата на длабокиот венски систем и анатомскиот курс и компетентност на вена сафена парва.
- Рендгенолошките контрастни методи, варикографија се суплементарни методи кои најчесто се користат предопертивно за мапирање на венската анатомија.

СЕАР 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)

ПРИНЦИПИ НА ТРЕТМАН

- Целта е олеснување на симптомите и превенција на компликациите (крвавење од варикс, периферна или длабока венска тромбоза, улцерации).
- Да се истакне потребата и важноста на редовната физичка активност и контрола на тежината како превенција на прогресијата на венската инсуфициенција.
- Најважен третман подразбира редовно носење на компресивни чорапи (ннд-С), без оглед на можен хируршки третман.

Конзервативен третман

- Компресивни чорапи (ннд-С)
 - Прв третман на избор кај пациенти со лесно изразена симптоматологија, за време на бременост и честопати трајно по хируршка интервенција (табела 1).

Табела 1

Класа на компресија	Компресија, mmHg	Индикација
компресивни чорапи	<15	<ul style="list-style-type: none">• лесен оток• профилакса
класа 1	15 – 20	<ul style="list-style-type: none">• лесно изразени проширени вени
класа 2	20 – 30	<ul style="list-style-type: none">• јасно видливи проширени вени• по васкуларен зафат
класа 3	30 – 40	<ul style="list-style-type: none">• силно изразени проширени вени• проблеми со длабок венски систем

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Во клиничката пракса, класа 1 компресија е доволно за третман на умерено проширени вени и во текот на постоперативната нега. |
|--|

Хируршки третман

- Критериуми (единечни критериуми за пристап на неитен третман; Министерство за социјални работи и здравство, Финска)
 - Хируршко лекување е индицирано кога венска инсуфициенција е градирана како класа С4 до С6.
 - Кожни промени како последица на заболување на вените, опишани како пигментација или екцем (С4).
 - Кожни промени и заздравен улкус на нога (С5).
 - Кожни промени и активен улкус на нога (С6).
 - Крвавечки варикс или екстензивен тромбофлебитис.
 - Во умерени форми (С2: варикси; С3 едем без кожни промени) хируршко лекување може да се планира доколку состојбата предизвикува значајни функционални промени.
- За време на зафатот, приклучокот на вена сафена и нејзините гранки се лигираат. Варикозитетите се отстрануваат преку мали кожни инцизии, по што следи стрипинг со помош на специјално изготвен метален сет (ретроградна пин стрипинг метода). Двојна вена сафена се детектира со Доплер и соодветно исто се третира.
- Нови минимално инвазивни техники за отстранување на варикозно проширени вени: РФА (радиофреквентна аблација), ЕВЛТ (ендоваскуларна ласерска терапија), ТИПП (транслуминална флебектомија) и водена под ултрасонографска склеротерапија со пена, се пронајдени во последниов период. Овие техники се широко применети и резултатите се добри, особено за третман на варикозни вени. Овие техники не се соодветни за третман на

вени со голем калибар заради ризик од екстензивен сафенофеморален ретрограден проток. Долгорочните резултати се во тек.

- Ставовите во врска со хирургијата на перфораторните вени се исто така изменети. Студиите покажаа дека намалувањето на венскиот притисок, предизвикан од површна венска инсуфициенција, може да ја поврати компетентноста на перфораторите.
- Ендоскопски процедури се употребуваат за хируршки третман на хируршко затворање на перфораторни вени (СЕПС) (ннд-С), како и супфасцијално ендоскопска хирургија на перфоратори.)
- Рефлуксот, предизвикан од инкомпетентноста на валвулите на длабоките вени, може да биде намален со валвуларен хируршки зафат (ннд-С). Венските валвули може да бидат реконструирани по внатрешен или по надворешен метод.
- Постојат и техники на транспозиција на вени и трансплантација на венски валвули. Валвулите се земаат од здравите вени на пациентот.

Отворена хирургија (стрипинг)

- Се оперира во операциона сала во спинална или општа анестезија.
- Прв избор на третман е постоење на венска инсуфициенција и третман на вени со голем дијаметар.
- Како можни компликации се инфекција на рана, хематом и повреда на нерв.
- Периодот на заздравување е долг и трае 3 до 5 недели.

Перкутани техники (ендоваскуларна ласер терапија, радиофреквентна аблација)

- Се изведува во операциона сала, под локална анестезија, како амбулантска процедура.
- Цел е да се отстранат проширени површни вени, избегнувајќи компликации од хируршко лекување со стрипинг.
- Овие две методи делуваат на принцип на повреда на сидот на вените.
- Овие две методи се користат за третман на средни кон големи по калибар вени.
 - Овие методи не се погодни за третман на притоки кои може да се третираат со склеротерапија со пена или со друга процедура со која ќе се остават без дистрибуција следните неколку месеци, кои драстично се намалуваат по третман на големо стебло.
- Сè уште нема препораки за оптимален третман.
- Контраиндикација се екстремно извијугани вени и вени површно поставени до самата кожа.
- Модринки, чувство на топлина и непријатност, може да се сретнат по процедурата, но тешки последици од тип на длабока венска тромбоза, повреда на нерв и топлинска повреда се ретки.
- Постоперативно, потребно е носење на компресивни чорапи за 1 до 3 недели.
- Се препорачува мобилизација веднаш и употреба на афектираната нога.
- Во повеќе случаи периодот на заздравување е пократок отколку третманот на стандарден начин.
- Според сегашни сознанија перкутаните техники се ефективни и компарабилни со хируршкиот третман (ннд-С). Трајна оклузија на целни вени се остварува кај 85-90% од пациентите по 3 години следење.

Склеротерапија со пена

- Се изведува амбулантски, без анестезија и мониторинг по процедура.
- Индикациите се исти како при хируршки третман, особено повторливи проблеми по претходни операции, венски аномалии и третман на венска инсуфициенција кај пациенти со тешки коморбидитети. Оваа техника е соодветна за мали вени и нивни гранки, но резултатите се лоши за вени со голем лумен.
- Нема достапни податоци за соодветноста на оваа техника за различни типови на венска инсуфициенција и стаза на долните екстремитети.

- Апсолутна контраиндикација за оваа техника е постоење на длабока венска тромбоза, алергија на склерозант, инфекција на местото за пункција, нарушувања на коагулацијата, критична исхемија на долните екстремитети, бременост, нетретирани рак или други значајни системски болести, познат отворен форамен овале и неможност да се мобилизираат.
- Релативна контраиндикација вклучува вени со голем лумен, неможност да толерира компресивни чорапи и голема дебелина.
- Чести компликации вклучуваат преодни хиперпигментации (кај 10-30%), тромбофлебитис и телеангијектасии. Сериозни компликации, како длабока венска тромбоза, некроза на кожа, белодробен емболизам се појавуваат ретко.
- Постоперативно се носат компресивни чорапи 1 до 3 недели.
- Мобилизацијата мора да започне постепено веднаш по процедурата.
- По неколку недели се проверуваат ефектите од интервенцијата со клинички преглед со ултразвучен преглед. По потреба, третманот може да се повтори.
- Заздравувањето е брзо.
- Успех веднаш со 1 до 3 инјекции е околу 90%. Само неколку студии имаат долготрајни резултати, при што болеста се потврдува кај 20 до 33% по следење од неколку години.

Длабока венска реконструкција

- Реконструкција се планира доколку улкусната лезија не се повлекува или симптомите на венска инсуфициенција се зголемуваат и покрај соодветната терапија со компресија и третман на површните променети вени.
- Техниките подразбираат третман на нарушени венски валвули (валвулопластика), правејќи инкомпетентна вена во функционална, или со транспозиција или трансплантација на вена со сегмент со компетентни валвули.
- Ограничени податоци се присутни за долготрајни резултати.

Венски улцерации на ногата

- Третманот е базиран на отстранување на причината за покачен венски притисок.
- Употребата на компресивни чорапи пред и по хируршкиот зафат (ннд-**В**) е императивна.
- Ако улкусот не покажува знаци на заздравување или подобрување по тримесечен конзервативен третман, потребна е консултација од пластичен хирург.

ПОВРЗАНИ ИЗВОРИ

- Cochrane- ови прегледи
- Други резимиња со докази
- Литература

РЕФЕРЕНЦИ

1. Luebke T, Brunkwall J. Systematic review and meta-analysis of endovenous radiofrequency obliteration, endovenous laser therapy, and foam sclerotherapy for primary varicosis. *J Cardiovasc Surg (Torino)* 2008 Apr; 49(2):213-33. **PubMed**
2. Luebke T, Brunkwall J. Meta-analysis of subfascial endoscopic perforator vein surgery (SEPS) for chronic venous insufficiency. *Phlebology* 2009 Feb; 24(1):8-16.

Автор:

Virpi Honkala

Article ID: ebm00964 (005.030)

© 2012 Duodecim Medical Publications Ltd

ПРОШИРЕНИ ВЕНИ И ВЕНСКА ИНСУФИЦИЕНЦИЈА НА ДОЛНИОТ ЕКСТРЕМИТЕТ- ПОВРЗАНИ ИЗВОРИ

Поврзани извори
9.1.2012

- Cochrane- ови прегледи
- Други резимеа со докази
- Литература

СОСHRANE-ОВИ ПРЕГЛЕДИ

- Флеботониците се смета дека го намалуваат едемот кај хронична венска инсуфициенција до одреден степен. Тие може да обезбедат некаква корист за кожните трофични нарушувања и нозете во движење, но доказите за целокупната ефикасност не е доволна (ннд Б).
- Екстракт од семето на костенот се чини дека е ефикасно и безбедно како симптоматичен, краткотраен третман за хронична венска инсуфициенција (ннд Б).
- Доказите за целокупно најдобриот третман за проширени вени е несигурен, но операцијата се чини дека обезбедува повеќе долгорочна корист во споредба со склеротерапијата (ннд Д).
- 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 Б).
- Употреба на турнике може да ја намали загубата на крв при хирургија на проширени вени (ннд Б).
- Склеротерапија (со натриум тетрадецил сулфат, полидоцанол или хепарсал) може да биде поефикасна од плацебо во третирањето на телеангиектазии на долните екстремитети (ннд Ц).

ДРУГИ РЕЗИМЕА СО ДОКАЗ

- Промените на кожата, венски улкуси 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 Ц).

ЛИТЕРАТУРА

- 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. [PubMed](#)
- London NJ, Nash R. ABC of arterial and venous disease. Varicose veins. *BMJ* 2000 May 20; 320(7246):1391-4. [PubMed](#)
- 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. [PubMed](#)
- 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. [PubMed](#)
- Teruya TH, Ballard JL. New approaches for the treatment of varicose veins. *Surg Clin North Am* 2004 Oct; 84(5):1397-417, viii-ix. [PubMed](#)

- 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. [PubMed 1](#)
- Subramonia S, Lees TA. The treatment of varicose veins. Ann R Coll Surg Engl 2007 Mar; 89(2):96-100. [PubMed](#)

Автори:

Тимот за ажурирање на МЗД упатства

Article ID: rel00086 (005.030)

© 2012 Duodecim Medical Publications Ltd

- 1. EBM Guidelines 03.03.2010 www.ebm-guidelines.com**
- 2. Упатството треба да се ажурира еднаш на 4 години.**
- 3. Предвидено е следно ажурирање до април 2014 година.**