

П. Гловіцкі¹, П.Ф. Лоуренс², С.М. Васан³, М.Х. Мейснер⁴, Ж. Алмейда⁵ та співавт.

¹Відділення судинної та ендovasкулярної хірургії, Судинний центр Gonda, Клініка Mayo, Рочестер;

²Відділення судинної та ендovasкулярної хірургії Департаменту хірургії Університету Каліфорнії, Лос-Анджелес;

³Департамент медицини, Університет Північної Кароліни, Чапел-Гілл, Rex Vascular Specialists, UNC Health, Ролі;

⁴Університет Вашингтона, Сіетл;

⁵Відділ судинної та ендovasкулярної хірургії, Медична школа Міллера Університету Маямі, Маямі

Рекомендації Товариства судинної хірургії (США), Американського венозного форуму та Американського товариства вен і лімфатичних судин щодо лікування варикозного розширення вен нижніх кінцівок (2023)



Схвалено Товариством інтервенційної радіології та Товариством судинної медицини

Варикозне розширення вен нижніх кінцівок є одним із найпоширеніших захворювань, на яке страждають мільйони людей у всьому світі. Воно часто може бути причиною відчуття дискомфорту, болю, набряку в нижніх кінцівках, значно погіршуючи якість життя пацієнта. Крім того, варикозне розширення вен нижніх кінцівок може призводити до розвитку тромбозу, кровотечі та виразок шкіри, спричиняючи стійку втрату працездатності пацієнта. Представляємо до вашої уваги огляд ключових рекомендацій Товариства судинної хірургії (США), Американського венозного форуму та Американського товариства вен і лімфатичних судин щодо лікування варикозного розширення вен нижніх кінцівок.

Ключові слова: варикозне розширення вен нижніх кінцівок, рекомендації, аксіальний рефлюкс, дуплексне ультразвукове сканування, компресійна терапія, медикаментозна терапія, мікронізована очищена флавоноїдна фракція, абляція, склеротерапія.

1. Обстеження пацієнтів із варикозним розширенням вен

1.1. Класифікація та градація клінічної тяжкості хронічних захворювань вен

1.1.1. Рекомендовано використовувати оновлену систему класифікації CEAP 2020 для хронічних захворювань вен. Клінічна, або базова, класифікація CEAP має використовуватися

у клінічній практиці, а повна система класифікації CEAP – у клінічних дослідженнях.

1.1.2. Рекомендовано використовувати переглянуту Шкалу тяжкості венозної патології (Venous Clinical Severity Score, VCSS) у пацієнтів із хронічними захворюваннями вен для визначення клінічної тяжкості та оцінки результатів лікування (табл. 1).

Таблиця 1. Переглянута Шкала тяжкості венозної патології
(Venous Clinical Severity Score, VCSS) (Vasquez M.A. et al., 2010)

Характеристики	Немає: 0	Легкий: 1	Середній: 2	Тяжкий: 3
Біль або інший дискомфорт (відчуття важкості, втоми, печіння і т.д.). Передбачається венозне походження симптомів	Немає: 0	Періодичний біль або інший дискомфорт, який не обмежує регулярну щоденну активність	Щоденний біль або інший дискомфорт, який заважає, але не перешкоджає регулярній щоденній активності	Щоденний біль або дискомфорт, який обмежує більшість регулярних повсякденних дій
Варикозне розширення вен («варикозні» вени мають бути ≥ 3 мм у діаметрі, щоб відповідати вимогам)	Немає: 0	Легкий: 1 Нечисленні, розсіяні (тобто ізольовані варикозні розширення гілок або їх скупчення). Також включає <i>сogona phlebectatica</i>	Помірний: 2 Обмежується голілкою або стегном	Тяжкий: 3 Охоплює голілку та стegno
Венозний набряк	Немає: 0	Легкий: 1 Обмежується ділянкою стопи та щиколотки	Середній: 2 Поширюється вище щиколотки, але нижче коліна	Тяжкий: 3 Поширюється на коліно та вище
Пігментація шкіри. Передбачається венозне походження. Не включає вогнищеву пігментацію над варикозним розширенням вен або пігментацію внаслідок інших хронічних захворювань (наприклад, геморагічний васкуліт)	Відсутній: 0 Відсутній або вогнищевий	Легкий: 1 Обмежений перималеолярною ділянкою	Помірний: 2 Дифузний у нижній третині голілки	Тяжкий: 3 Поширюється на більшу ділянку вище нижньої третини голілки
Запалення. Передбачається не лише нещодавня пігментація (наприклад, еритема, целюліт, венозна екзема, дерматит)	Немає: 0	Легкий: 1 Обмежений перималеолярною ділянкою	Помірний: 2 Дифузний у нижній третині голілки	Тяжкий: 3 Поширюється на більшу ділянку вище нижньої третини голілки
Ущільнення. Передбачається венозне походження вторинних змін шкіри та підшкірної клітковини (тобто хронічний набряк із фіброзом, гіподерміт); включає білу атрофію та ліподерматосклероз	Немає: 0	Легкий: 1 Обмежений перималеолярною ділянкою	Помірний: 2 Дифузний у нижній третині голілки	Тяжкий: 3 Поширюється на більшу ділянку вище нижньої третини голілки
Число активних виразок	0	1	2	3
Тривалість активної виразки (найдовше активної)	Не визначається	<3 міс	>3 міс, але <1 року	>1 року
Розмір активної виразки (найбільше активної)	Не визначається	Діаметр <2 см	Діаметр 2-6 см	Діаметр >6 см
Використання компресійної терапії	0: Не використовувалася	1: Періодичне використання панчіх	2: Використання панчіх більшість часу	3: Постійне використання панчіх

1.2-1.5. Оцінка за допомогою дуплексного ультразвукового сканування

1.2.1. У пацієнтів із захворюваннями судин нижніх кінцівок рекомендовано дуплексне ультразвукове сканування (ДУС) для оцінки венозного рефлюксу. *Ступінь рекомендації: I (сильна), якість доказів: B (помірна).*

Зауваження щодо практичного використання

1.3.1. Рефлюкс визначається як мінімальне значення >500 мс зворотного потоку крові у поверхневих венах (велика й мала підшкірні вени, передня й задня додаткові) й у великогомілковій, глибокій стегновій та перфорантних венах. Мінімальне значення зворотного потоку крові >1 с є діагностичною ознакою рефлюксу в загальній стегновій, стегновій і підколінній венах. Не встановлено мінімального діаметра вени, необхідного для появи патологічного рефлюксу.

1.3.2. Аксиальний рефлюкс по великій підшкірній вені визначається як безперервний ретроградний венозний потік від паху до верхньої частини гомілки. Аксиальний рефлюкс по малій підшкірній вені визначається як рефлюкс від коліна до щиколотки. Аксиальний рефлюкс по передній та задній додатковим венам — це ретроградний потік між двома вимірюваннями на відстані ≥ 5 см одне від одного. Ретроградний потік може відбуватися в поверхневих або глибоких венах, із перфорантними венами або без них. Сполучний рефлюкс обмежений сафено-фemorальним або сафено-підколінним з'єднанням. Сегментарний рефлюкс виникає лише у частині поверхневої або глибокої вени.

1.3.3. Визначення «патологічних» перфорантних вен у пацієнтів із варикозним розширенням вен (клінічний клас C2 за CEAP) включає ті, у яких тривалість зовнішнього кровотоку становить >500 мс і діаметр $>3,5$ мм при ДУС.

Основні положення належної клінічної практики

1.4.1. Рекомендовано, щоб оцінка рефлюксу за допомогою ДУС проводилася в акредитованій Міжсоціальною акредитаційною комісією

або Американським коледжем радіології су-динній лабораторії сертифікованим ультрасонографом. При цьому пацієнт має перебувати у положенні стоячи, коли це можливо. В іншому випадку можна використовувати положення сидячи або зворотне положення Тренделенбурга.

1.4.2. Рекомендовано для оцінки рефлюксу за допомогою ДУС використовувати або маневр Вальсальви, або дистальну аугментацію для оцінки загальної стегнової вени та сафено-фemorального з'єднання. Дистальну аугментацію слід використовувати або з ручним стисненням, або зі здуванням манжети для оцінки більш дистальних сегментів. Поверхневий рефлюкс необхідно простежити до його джерела, включаючи сафено-фemorальне з'єднання, стовбурові чи перфорантні вени або варикозно розширені вени таза. Дослідження має оцінити лікар, який пройшов навчання з інтерпретації ДУС вен.

1.4.3. Рекомендовано, щоб ДУС для діагностики венозного рефлюксу в нижніх кінцівках включало поперечні сірі зображення без і з компресією датчиком загальної стегнової вени, проксимального, середнього й дистального відділів стегнової вени, підколінних вен, сафено-фemorального з'єднання і принаймні двох сегментів уздовж великої та малої підшкірних вен.

1.4.4. Рекомендовано, щоб ДУС для діагностики венозного рефлюксу в нижніх кінцівках включало вимірювання спектрального доплерівського сигналу за допомогою штангенциркуля. Необхідно задокументувати рефлюкс на початковому рівні й у відповідь на маневр Вальсальви або дистальну аугментацію на загальній стегновій вені та сафено-фemorальному з'єднанні. Необхідно також задокументувати рефлюкс у відповідь на дистальну аугментацію на середньому відділі стегнової вени і підколінній вені, великій підшкірній вені на рівні проксимального відділу стегна і коліна, а також на передній додатковій вені та малій підшкірній вені на сафено-підколінному з'єднанні або на проксимальному відділі гомілки.

1.4.5. Рекомендовано, щоб ДУС для діагностики венозного рефлюксу в нижніх кінцівках включало вимірювання діаметра нижньої кінцівки пацієнта залежно від положення, від передньої до задньої стінки, на рівні сафено-фemorального з'єднання, великої підшкірної вени на 1 см дистальніше сафено-фemorального з'єднання, проксимального відділу стегна, коліна, а також на рівні передньої додаткової вени та малої підшкірної вени на сафено-підколінному з'єднанні або на проксимальному відділі голілки. Зображення як нормальних, так і аномальних знахідок мають бути задокументовані в історії пацієнта.

Консенсусні заяви

1.5.1. У пацієнтів із телеангіоектазіями або ретикулярними венами, які не виявляють скарг (клас С1 за СЕАР), ДУС вен нижніх кінцівок не слід проводити рутинно, оскільки це може призвести до непотрібних процедур абляції підшкірних вен.

1.5.2. У пацієнтів із класом С1 за СЕАР та кровотечею або сильними скаргами на біль чи печіння внаслідок телеангіоектазій або ретикулярних вен можна провести ДУС вен нижніх кінцівок, щоб виключити венозну недостатність. Однак абляція підшкірних вен при С1 без кровотечі показана рідко.

1.5.3. У пацієнтів із варикозним розширенням вен, які виявляють скарги (клас С2 за СЕАР), слід регулярно перевіряти глибoku венозну систему на наявність інфраінгвінальної обструкції або клапанної недостатності.

1.5.4. У пацієнтів із варикозним розширенням вен, які виявляють скарги (клас С2 за СЕАР), слід проводити оцінку ілео-фemorальної венозної обструкції за допомогою ДУС або інших візуалізаційних досліджень, якщо наявне варикозне розширення вен надлобкової ділянки або черевної стінки, а також у пацієнтів із симптомами проксимальної обструкції, включаючи збільшення об'єму стегон і нижніх кінцівок, відчуття важкості, набряк і венозну кульгавість. Класи С3-С6 за СЕАР потребують ДУС або інших візуалізаційних досліджень для оцінки ілео-фemorальної венозної обструкції.

1.5.5. Пацієнтам жінкам із варикозним розширенням вен медіального відділу стегна або вульви оцінка патології тазових вен за допомогою ДУС або інших візуалізаційних досліджень не показана, якщо вони не мають симптомів захворювання тазових вен.

2. Компресійна терапія

2.1. Компресійна терапія чи втручання

2.1.1. Пацієнтам із варикозним розширенням вен, які виявляють скарги і мають аксіальний рефлюкс у поверхневих венах, пропонується компресійна терапія як первинне лікування, якщо стан пацієнта чи наявні у нього супутні захворювання вимагають консервативного підходу до лікування або якщо пацієнт віддає перевагу консервативному лікуванню протягом пробного періоду чи як остаточному лікуванню. *Ступінь рекомендації: 2 (слабка), якість доказів: С (від низької до дуже низької).*

2.1.2. Пацієнтам із варикозним розширенням вен, які виявляють скарги і мають аксіальний рефлюкс у великій або малій підшкірних венах і які є кандидатами на втручання, рекомендовано втручання на поверхневих венах замість довгострокової компресійної терапії. *Ступінь рекомендації: 1, якість доказів: В.*

2.1.3. Пацієнтам із варикозним розширенням вен, які виявляють скарги і мають аксіальний рефлюкс у передній або задній додатковій вені і які є кандидатами на втручання, пропонується втручання на поверхневих венах замість довгострокової компресійної терапії. *Ступінь рекомендації: 2, якість доказів: С.*

2.1.4. Пацієнтам із варикозним розширенням вен, які виявляють скарги і які є кандидатами на ендовенозну терапію та бажають продовжити лікування, не рекомендовано проводити тримісячну пробну компресійну терапію перед втручанням. *Ступінь рекомендації: 2, якість доказів: В.*

2.2. Компресійна терапія після втручання

2.2.1. Пацієнтам, які перенесли термічну абляцію із приводу недостатності підшкірних вен із супутньою флєбектомією або без неї,

пропонується постпроцедурна компресійна терапія протягом як мінімум одного тижня для зменшення болю.

Ступінь рекомендації: 2, якість доказів: В.

3. Медикаментозна терапія (табл. 2)

3.1. Пацієнтам із варикозним розширенням вен, які виявляють скарги і які не є кандидатами на втручання, або які очікують на втручання, або які мають симптоми після втручання, показаний прийом мікронізованої очищеної флавоноїдної фракції (МОФФ) або екстракту рускусу для полегшення болю, відчуття важкості в ногах і/або відчуття набряку.

Ступінь рекомендації: 2, якість доказів: В.

3.2. Пацієнтам із варикозним розширенням вен, які виявляють скарги і які не є кандидатами на втручання, або які очікують на втручання, або які мають симптоми після втручання, пропонується прийом препаратів гідроксietилрутозидів, або кальцію добезилату, або екстракту кінського каштана, або

екстракту листя червоного винограду, або сулодексиду для полегшення болю, відчуття важкості в ногах, зменшення нічних судом і/або відчуття набряку.

Ступінь рекомендації: 2, якість доказів: С.

Клінічна користь МОФФ

Обґрунтування. МОФФ складається з 90% діосмінової та 10% гесперидинової фракцій (гесперидин, діосметин, лінарин та ізороіфолін). Її сприятливий вплив у пацієнтів із варикозним розширенням вен, які виявляють скарги, пов'язаний із впливом на венозний тонус, мікроциркуляцію, трофічні порушення, набряки, запалення, адгезію та активацію лейкоцитів (Mansilha A., Sousa J., 2018). Фармацевтичні препарати, які підвищують кишкову абсорбцію у мікронізованих формах, включаючи МОФФ, є інноваційними та покращують терапевтичну ефективність.

Докази. При застосуванні МОФФ у пацієнтів із варикозним розширенням вен

Таблиця 2. Фармакологічні властивості веноактивних препаратів, які застосовуються при хронічних захворюваннях вен (Nicolaides A. et al., 2018)

Веноактивні препарати	Фармакологічні властивості							
	Тонус вен	Стінка і клапан вени	Капілярна проникність	Лімфодренаж	Гемореологічні розлади	Антиоксидантні властивості	Запальна реакція	Функція ендотелію
МОФФ	+	+	+	+	+	+	+	+
Екстракт рускусу	+	+	+	+	+		+	
Гідроксietилрутозиди	+		+	+	+	+	+	
Кальцію добезилат	+		+	+	+	+		
Екстракт кінського каштана / есцин	+		+			+		+
Екстракт листя червоного винограду			+			+		
Сулодексид							+	+

і хронічним захворюванням вен (ХЗВ) було виявлено декілька корисних ефектів, а саме: підвищення венозного тонуусу (Ibegbuna V. et al., 1997), посилення венозної відповіді на норадrenalін (Juteau N. et al., 1995), антиоксидантні та протизапальні властивості (Krzysciak W. et al., 2011; Pietrzycka A. et al., 2015). Інгібування молекул адгезії лейкоцитів паралельно зі зменшенням вираженості важкості в ногах було підтверджено у пацієнтів, які мали клас від С2 до С4 за CEAP (Shoab S.S. et al., 1999). У пацієнтів із телеангіектазіями та ретикулярними венами, які отримували МОФФ, відмічалось зменшення транзитного венозного рефлюксу (Tsukanov Y.T. et al., 2017).

Результати метааналізу S.K. Kakkos та A.N. Nicolaidis (2018) (7 рандомізованих клінічних досліджень, 1692 пацієнти із ХЗВ) продемонстрували високоякісні докази того, що МОФФ є дуже ефективною в полегшенні симптомів із боку нижніх кінцівок, зменшенні набряку та покращенні якості життя у пацієнтів із ХЗВ. Дослідження RELIEF охопило 4527 пацієнтів, які мали клас С0-С4 за CEAP (приблизно 40% із них – клас С2). Учасники отримували лікування протягом 6 міс, під час якого відмічалось значне прогресуюче полегшення симптомів, покращення якості життя, оціненої за допомогою опитувальника CIVIQ, і зменшення набряку, оціненого за допомогою вимірювання окружності ніг. Нещодавнє рандомізоване клінічне дослідження порівнювало дві галенові форми МОФФ, таблетки та саше, і включало 1139 пацієнтів із класом С2s, що становило від 44,95 до 49,46% (Carpentier P. et al., 2017). Автори дійшли висновку, що обидва препарати призвели до однакового покращення симптомів і якості життя.

Метааналіз 10 досліджень включав 1010 пацієнтів, які отримували МОФФ, гідроксиетилрутозиди, екстракт рускусу та діосмін. Результати показали, що прийом МОФФ призвів до значного зменшення набряку щиколотки ($p < 0,0001$), тоді як ефективність інших веноактивних препаратів була зіставною (Allaert F. et al., 2012). Інший метааналіз

(Pompilio G. et al., 2021) порівнював ефективність сулодексиду, МОФФ, гідроксиетилрутозидів, кальцію добезилату, екстракту рускусу, екстракту кінського каштана та пентоксифіліну щодо загоєння виразки, а також зменшення об'єму ніг, окружності щиколоток, полегшення симптомів, покращення якості життя (оцінка за CIVIQ-20). МОФФ продемонструвала вищу ефективність у зменшенні об'єму ніг, полегшенні болю та покращенні якості життя. Хоча це не входить до сфери застосування даної настанови, слід зазначити, що за результатами метааналізу п'яти рандомізованих клінічних досліджень МОФФ покращувала загоєння виразки (Coleridge-Smith P. et al., 2005; Pompilio G. et al., 2021). Основний компонент МОФФ, діосмін, ефективний при окремому застосуванні, хоча значно менше, ніж у складі МОФФ (Ramelet A. et al., 2005; Allaert F.A. et al., 2012).

П'ять несліпих відкритих клінічних досліджень були включені до систематичного огляду впливу веноактивних препаратів на відновлення після хірургічного втручання, ендовенозної абляції або склеротерапії (Mansilha A. et al., 2019). В усіх дослідженнях використовувалась МОФФ; в одному також призначали сулодексид. У трьох дослідженнях повідомлялося про значне зменшення постпроцедурного болю, в одному не було відзначено істотного ефекту. У двох дослідженнях повідомлялося про значне зниження частоти післяопераційних кровотеч. У трьох – про більш значне полегшення симптомів після лікування МОФФ. Ґрунтуючись на цих результатах, автори дійшли висновку, що МОФФ може допомогти зменшити післяопераційний біль, кровотечу та симптоми, специфічні для ХЗВ. Такі позитивні ефекти спостерігалися, якщо лікування розпочиналося за 2 тижні до процедури. Не було відзначено жодної користі від застосування веноактивних препаратів, коли лікування було розпочато вже після операції із приводу варикозного розширення вен (Mazzaccaro D. et al., 2018).

У нерандомізованому контрольованому багатоцентровому проспективному дослідженні (DEFANCE) (Saveljev V.S. et al., 2008) 245 пацієнтів із класом C2 за CEAP пройшли флебектомію з високим перев'язуванням і зачисткою (HL&S) у поєднанні з авульсією ножем. Пацієнти групи лікування (n=200) отримували 1000 мг МОФФ щодня, а контрольна група (n=45) не отримувала медикаментозного лікування. Компресію (2 клас) призначали протягом 4 тижнів після операції всім пацієнтам. Післяопераційна гематома (p<0,05) і біль (за візуально-аналоговою шкалою) (p<0,05) були значно нижчими у групі лікування МОФФ. Такі ж результати спостерігалися щодо відчуття важкості та втоми в ногах. Компресійна терапія протягом одного тижня після ендотермічного лікування також була корисною для зменшення болю без лікування МОФФ.

4. Втручання при поверхневому венозному рефлюксі

4.1. Ендовенозна абляція проти високого перев'язування та зачистки

4.1.1. Пацієнтам із варикозним розширенням вен, які виявляють скарги і мають аксіальний рефлюкс у великій підшкірній вені та є кандидатами на втручання, рекомендовано лікування за допомогою ендовенозної абляції замість високого перев'язування та зачистки великої підшкірної вени. *Ступінь рекомендації: 1, якість доказів: B.*

4.1.2. Пацієнтам із варикозним розширенням вен, які виявляють скарги і мають аксіальний рефлюкс у малій підшкірній вені та є кандидатами на втручання, рекомендовано лікування за допомогою ендовенозної абляції замість перев'язування та зачистки малої підшкірної вени. *Ступінь рекомендації: 1, якість доказів: C.*

4.1.3. Пацієнтам із варикозним розширенням вен, які виявляють скарги і мають аксіальний рефлюкс у передній або задній додатковій вені та які є кандидатами на втручання, пропонується лікування за допомогою ендовенозної абляції з додатковою

флебектомією, за необхідності, замість перев'язування та зачистки додаткової вени. *Ступінь рекомендації: 2, якість доказів: C.*

4.1.4. Пацієнтам із варикозним розширенням вен, які виявляють скарги і мають аксіальний рефлюкс у великій або малій підшкірній вені, рекомендовано лікування за допомогою високого перев'язування та зачистки підшкірної вени, якщо технологія чи досвід ендовенозної абляції недоступні або якщо венозна анатомія перешкоджає ендовенозному лікуванню. *Ступінь рекомендації: 1, якість доказів: B.*

4.1.5. Пацієнтам із варикозним розширенням вен, які виявляють скарги і мають аксіальний рефлюкс у передній або задній додатковій вені, пропонується лікування з перев'язуванням і зачисткою додаткової вени із супутньою флебектомією, за необхідності, якщо технологія чи досвід ендовенозної абляції недоступні або якщо венозна анатомія виключає ендовенозне лікування. *Ступінь рекомендації: 2, якість доказів: C.*

4.1.6. Пацієнтам із варикозним розширенням вен, які виявляють скарги і мають аксіальний рефлюкс у великій підшкірній вені та надають пріоритет довгостроковим результатам лікування (покращення якості життя й відсутність рецидиву), пропонується лікування за допомогою ендовенозної лазерної абляції (EVLA), радіочастотної абляції (RFA) або високого перев'язування та зачистки замість пінної склеротерапії під ультразвуковим контролем (UGFS). *Ступінь рекомендації: 2, якість доказів: B.*

4.1.7. Пацієнтам із варикозним розширенням вен, які виявляють скарги і мають аксіальний рефлюкс у малій підшкірній вені, пропонується лікування за допомогою EVLA, RFA або перев'язування та зачистки від рівня колінного суглоба до верхньої чи середньої частини гомілки замість UGFS. *Ступінь рекомендації: 2, якість доказів: C.*

4.1.8. Пацієнтам із варикозним розширенням вен, які виявляють скарги і мають аксіальний рефлюкс у передній або задній додаткових венах і надають пріоритет довгостроковим

Нормовен

Normoven
діосмін+гесперидин



Турбується про судини!

- ЛІКВІДУЄ ВЕНОЗНИЙ СТАЗ
- ЗАБЕЗПЕЧУЄ НЕОБХІДНУ МІКРОЦИРКУЛЯЦІЮ
- ПОЛІПШУЄ ЛІМФАТИЧНИЙ ДРЕНАЖ

Нормовен 1000
МІКРОНІЗОВАНА ФРАКЦІЯ



результатам лікування (покращення якості життя та відсутність рецидиву), пропонується усунення поверхневого стовбурового рефлюксу за допомогою EVLA, RFA або перев'язування та зачистки, із додатковою флебектомією, за необхідності, замість UGFS. *Ступінь рекомендації: 2, якість доказів: C.*

4.2. Термічна абляція проти нетермічної абляції поверхневих вен

4.2.1. Пацієнтам із симптоматичним аксіальним рефлюксом у великій підшкірній вені рекомендовано термічну або нетермічну абляцію від рівня паху до рівня нижче коліна, залежно від наявного досвіду лікуючого лікаря та вподобань пацієнта. *Ступінь рекомендації: 1, якість доказів: C.*

4.2.2. Пацієнтам із симптоматичним аксіальним рефлюксом у малій підшкірній вені пропонується термічна або нетермічна абляція від рівня колінного суглоба до рівня верхньої чи середньої частини гомілки, залежно від наявного досвіду лікуючого лікаря та вподобань пацієнта.

Ступінь рекомендації: 1, якість доказів: B.

4.2.3. Пацієнтам із симптоматичним аксіальним рефлюксом у передній або задній додатковій вені пропонується термічна або нетермічна абляція з додатковою флебектомією, за необхідності, залежно від наявного досвіду лікуючого лікаря та вподобань пацієнта. *Ступінь рекомендації: 2, якість доказів: C.*

5. Фактори, які впливають на вибір методу абляції та її результати

5.1.1. У пацієнтів, які виявляють скарги і мають клас C2 за CAEP, не рекомендовано використовувати діаметр стовбурової вени для визначення потреби у венозній абляції. *Ступінь рекомендації: 2, якість доказів: B.*

5.2.1. У пацієнтів, які не виявляють скарг і мають клас C2 за CAEP, профілактичне втручання не запобігає прогресуванню захворювання вен. Можуть бути корисними контроль ваги, компресійні панчохи та уникнення тривалого перебування у положенні стоячи.

5.2.2. Втручання для лікування варикозного розширення вен можуть проводитися як в амбулаторних, так і в стаціонарних умовах, на розсуд лікаря-флеболога. Повідомлялося про кращий досвід пацієнтів і нижчу вартість процедур, які виконуються в амбулаторних умовах.

5.2.3. У пацієнтів, які виявляють скарги, мають клас C2 за CAEP та ізольовану недостатність сафено-фemorального з'єднання, абляція в іншому спроможній великій підшкірній вені є недоцільною.

5.2.4. У пацієнтів, які виявляють скарги і мають клас C2 за CAEP, може бути показана абляція неспроможній великій підшкірній вені, навіть якщо відсутній повний аксіальний рефлюкс і залишається спроможним сафено-фemorальне з'єднання. Абляція ізольованих рефлюксних сегментів великої підшкірної вени за наявності спроможних проксимальних і дистальних сегментів показана рідко. Спільне прийняття рішень із пацієнтом є виправданим.

5.2.5. У пацієнтів, які мають рефлюкс у великій підшкірній вені нижче рівня коліна, абляція до найнижчої точки рефлюксу призводила до кращого раннього результату. Щоб уникнути термічного ушкодження нерва, для абляції дистальних підшкірних вен гомілки віддають перевагу нетермічним методам.

5.2.6. У пацієнтів із варикозним розширенням епіфасціальної або поверхневої підшкірної вени термічна абляція може призвести до опіків шкіри. Крім того, термічні та нетермічні методи можуть спричинити гіперпігментацію або ущільнення шкіри. Мініфлебектомія або обмежений стріпінг є безпечними й ефективними, якщо підшкірна вена знаходиться близько до шкіри (<0,5 см).

5.2.7. У пацієнтів із великими (>10 мм) неаневризмальними підшкірними венами слід виконувати термічну абляцію за допомогою EVLA або RFA замість нетермічних методів.

5.2.8. Повідомлялося, що частота поверхневого тромбофлебіту однакова для термічної та нетермічної абляції.

5.2.9. У пацієнтів із неускладненим класом С2 за САЕР (відсутність венозної кульгавості, набряку стегна, надлобкової ділянки або черевної стінки) через одночасну поверхневу венозну недостатність і клубову або клубово-стегнову венозну обструкцію спочатку показано лікування поверхневої венозної недостатності.

6. Втручання для збереження великої підшкірної вени

6.1.1. У пацієнтів із ранніми стадіями варикозного розширення вен, які виявляють скарги, пропонується, за можливості, проведення втручання для збереження великої підшкірної вени, зокрема амбулаторної селективної варикозної абляції під місцевою анестезією (ASVAL).
Ступінь рекомендації: 2, якість доказів: В.

6.1.2. У пацієнтів із варикозним розширенням вен, які виявляють скарги, пропонується для збереження великої підшкірної вени проведення, за можливості, амбулаторної консервативної гемодинамічної корекції венозної недостатності (CHIVA).
Ступінь рекомендації: 2, якість доказів: С.

7. Лікування венозних притоків

7.1. Телеангіоектазії і ретикулярні вени

7.1.1. Для пацієнтів із телеангіоектазіями та ретикулярними венами, які виявляють скарги, рекомендована склеротерапія рідиною або піною.

Ступінь рекомендації: 1, якість доказів: В.

7.1.2. Для пацієнтів із телеангіоектазіями та ретикулярними венами, які виявляють скарги, пропонується черезшкірне лазерне лікування, якщо пацієнт має алергію

на склерозанти, страх ін'єкцій, неефективність склеротерапії або малий розмір вен (<1 мм).

Ступінь рекомендації: 2, якість доказів: В.

7.2. Варикозні притоки

7.2.1. Для лікування симптоматичних варикозних притоків рекомендована мініфлебектомія або склеротерапія під контролем ультразвуку з використанням медичної піни (PCF) або ендовенозної мікропіни полідоканолу (PEM).

Ступінь рекомендації: 1, якість доказів: В.

7.2.2. Для лікування симптоматичних варикозних притоків пропонується транслюмінальна флебектомія як альтернативне лікування у пацієнтів із великими кластерами варикозних утворень.

Ступінь рекомендації: 2, якість доказів: С.

7.2.3. У пацієнтів із симптоматичним варикозним розширенням притоків слід проводити їх лікування, навіть якщо поверхневі венозні стовбури спроможні.

7.2.4. Немає клінічних доказів того, що склеротерапія піною з використанням кімнатного повітря є менш безпечною та ефективною, ніж використання газової суміші CO₂.

7.2.5. На сьогодні немає жодного клінічного дослідження, яке б показало, що склеротерапія за допомогою PCF, виготовленої за методом Tessari, менш безпечна чи ефективна, ніж склеротерапія за допомогою PEM.

Реферативний огляд підготувала Марія Пригода

За матеріалами: Gloviczki P. et al. (2023) 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.