

УТВЕРЖДЕНО

Исполнительным советом
Общероссийской общественной организации
«Ассоциации флебологов России»
Протокол №81,ЗГ от 13.09.2024г.
Президент ООО «АФР»
Сучков И.А.



Клинические рекомендации

Варикозное расширение вен нижних конечностей

Кодирование по Международной статистической
классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем: **I83 (I83.0,
I83.1, I83.2, I83.9)**

Год утверждения (частота пересмотра): 2024 (пересмотр каждые 3 года)

Возрастная категория: **Взрослые**

Разработчик клинической рекомендации:

Ассоциация флебологов России

При участии:

Ассоциация сердечно-сосудистых хирургов России;

Российское общество хирургов;

Российское общество ангиологов и сосудистых хирургов;

**Национальная ассоциация экспертов санаторно-курортного
лечения.**

Оглавление

Оглавление	2
Список сокращений.....	5
Термины и определения.....	6
1. Краткая информация по заболеванию или состоянию (группе заболеваний или состояний)	10
1.1. Определение заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)	10
1.2. Этиология и патогенез заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний).....	10
1.3. Эпидемиология заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний).....	15
1.4. Особенности кодирования заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем	17
1.5. Классификация заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний).....	18
1.6. Клиническая картина заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний).....	22
2. Диагностика заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний), медицинские показания и противопоказания к применению методов диагностики.....	23
2.1. Общие положения по диагностике	23
2.2. Критерии установления диагноза (состояния)	23
2.3. Жалобы и анамнез	24
2.4. Физикальное обследование	26
2.5. Лабораторные диагностические исследования.....	27
2.6. Инструментальные диагностические исследования	27
2.6.1. Дуплексное сканирование вен нижних конечностей (A04.12.006.002)	27
2.6.2. Дополнительные инструментальные методы диагностики.....	32
2.7. Иные диагностические исследования.....	32
3. Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапии, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения	34
3.1. Компрессионное лечение.....	34

3.2.	Фармакотерапия.....	39
3.2.1.	Общие положения	39
3.2.1.1.	Препараты для медикаментозной терапии при ХЗВ.....	39
3.2.1.2.	Цели фармакотерапии при ХЗВ:	41
3.2.1.3.	Безопасность флеботропных лекарственных средств (ФЛС)	42
3.2.2.	Эффективность пероральных флеботропных средств в отношении симптомов ХЗВ.....	42
3.2.2.1.	Устранение или ослабление симптомов ХЗВ	43
3.2.2.2.	Лечение венозных отеков	45
3.2.2.3.	Ускорение заживления венозной трофической язвы и уменьшение выраженности трофических расстройств.....	46
3.2.2.4.	Профилактика и лечение нежелательных (побочных) явлений после вмешательств на венах нижних конечностей	47
3.2.3.	Применение флеботропных лекарственных средств у беременных женщин и при лактации	48
3.2.4.	Режим приема и дозирования флеботропных лекарственных средств ..	49
3.2.5.	Местные лекарственные формы в лечении ХЗВ	50
3.3.	Флебосклерозирующее лечение	51
3.3.1.	Показания к склеротерапии	51
3.3.2.	Противопоказания к склеротерапии	52
3.3.3.	Методы склеротерапии	54
3.3.4.	Побочные реакции и осложнения склеротерапии.....	57
3.4.	Хирургическое лечение.....	59
3.4.1.	Цели хирургического лечения, показания к хирургическому лечению варикозной болезни.....	59
3.4.2.	Профилактика ВТЭО в хирургии вен.....	61
3.4.3.	Устранение вертикального рефлюкса	64
3.4.3.1.	Сравнение методов устранения вертикального рефлюкса.....	64
3.4.3.2.	Открытые вмешательства	66
3.4.3.3.	Эндовазальная термическая облитерация.....	70
3.4.3.4.	Нетермические нетумесцентные методы (НТНТ).....	81
3.4.4.	Устранение горизонтального рефлюкса.....	83
3.4.5.	Альтернативные (веносохраняющие) малоинвазивные методы лечения	85
3.4.6.	Удаление (флебэктомия) варикозно измененных подкожных вен	86

3.5.	Рецидив варикозного расширения вен нижних конечностей.....	87
3.6.	Венозные трофические язвы.....	90
3.7	Диетическое лечебное питание пациентов с варикозным расширением вен нижних конечностей.....	96
4.	Медицинская реабилитация и санаторно-курортное лечение, медицинские показания и противопоказания к применению методов медицинской реабилитации, в том числе основанных на использовании природных лечебных факторах.....	97
5.	Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики.....	103
6.	Организация оказания медицинской помощи	105
7.	Дополнительная информация (в том числе факторы влияющие на исход заболевания или состояния)	108
	Критерии оценки качества медицинской помощи	109
	Список литературы.....	110
	Приложение А1. Состав рабочей группы по разработке и пересмотру клинических рекомендаций.....	143
	Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций	146
	Приложение А3. Справочные материалы, включая соответствие показаний к применению и противопоказаний, способов применения и доз лекарственных препаратов, инструкции по применению лекарственного препарата.....	148
	Приложение А3.1. Классификация термоиндуцированных тромбозов по Kabnick	148
	Приложение А3.2. Рекомендуемые способы профилактики ВТЭО в зависимости от индивидуально оцененного риска.....	148
	Приложение Б. Алгоритмы действий врача	151
	Приложение В. Информация для пациента	152
	Приложение Г1-ГN. Шкалы оценки, вопросники и другие оценочные инструменты состояния пациента, приведенные в клинических рекомендациях.....	168
	Приложение Г1. VCSS (Revised Venous Clinical Severity Score, rVCSS) - шкала оценки тяжести ХЗВ.....	168
	Приложение Г2. Опросник CIVIQ для оценки качества жизни пациента с хроническим заболеванием вен [110].....	169
	Приложение Г3. Опросник SF36 для оценки качества жизни пациента с хроническим заболеванием вен [109].....	172
	Приложение Г4. Шкала Каприни (Caprini) оценки риска развития венозных тромбозмболических осложнений у пациентов хирургического профиля [531].	177

Список сокращений

- ASVAL – Ablation Selective des Varices sous Anesthesie Locale
CEAP – классификация хронических заболеваний вен (Clinical, Etiological, Anatomical, Pathophysiological)
CHIVA – Cure Conservatrice et Hemodynamique de l'Insuffisance Veineuse en Ambulatoire
EFE - поток энергии (endovenous fluence equivalent)
UIP – Международный союз флебологов (International Union of Phlebology)
АТХ - анатомо-терапевтическая химическая классификация
АФР – Ассоциация флебологов России
БВ – бедренная вена
БПВ – большая подкожная вена
ВАП – веноактивные препараты
ВАШ – визуально-аналоговая шкала
ВБНК – варикозная болезнь нижних конечностей
ВСУЗИ – внутрисосудистое ультразвуковое исследование
ВТЭО – венозные тромбозомболические осложнения
ГРЛС – Государственный реестр лекарственных средств
ДИ – доверительный интервал
ДСВНК – дуплексное сканирование вен нижних конечностей
КИТ – клей-индуцированный тромбоз
ЛПЭ – линейная плотность энергии
МКБ-10 – Международная классификация болезней 10 пересмотра
МОФФ (MPFF) – микронизированная очищенная флавоноидная фракция (в АТХ: Очищенная микронизированная флавоноидная фракция (диосмин+флавоноиды в пересчете на гесперидин))
МПВ – малая подкожная вена
МСЭ – медико-социальная экспертиза
МСКТ – мультиспиральная компьютерная томография
МЭКИ – медицинские эластические компрессионные изделия эластической компрессии (A15.12.002 Эластическая компрессия нижних конечностей)
МХО – механохимическая облитерация
НПВ – нижняя полая вена
НПВП – нестероидные противовоспалительные и противоревматические препараты (АТХ: M01A, Нестероидные противовоспалительные и противоревматические препараты)
НТНТ – нетермические нетумесцентные методы
ОБВ – общая бедренная вена
ПВ – перфорантные вены
ПкВ – подколенная вена
ПТБ – посттромботическая болезнь
РВ – ретикулярные вены
РКИ – рандомизированные контролируемые исследования
РЧО – радиочастотная облитерация (радиочастотная термоабляция)
РФ – Российская Федерация
СПС – сафено-поплитеальное соустье
СФС – сафено-фemorальное соустье
ТАЭ – телеангиэктазы (телангиэктазы)
ТГВ – тромбоз глубоких вен
ТИТ – термоиндуцированный тромбоз (синоним - эндовенозный термически индуцированный тромбоз, ЭТИТ)

ТПВ – тромбоз (тромбофлебит) поверхностных вен
ТЭЛА – тромбоэмболия легочной артерии
ТЯ – трофическая язва
ФЛС – флеботропные лекарственные средства
ХВН – хроническая венозная недостаточность
ХЗВ – хронические заболевания вен
ЦАО – цианоакрилатная облитерация (CAVA – Cyanoacrylate vein ablation)
ЭВЛО – эндовенозная лазерная облитерация

Термины и определения

Белая атрофия кожи – небольшой участок кожного покрова округлой формы, имеющий белый (светлый) цвет, расположенный, как правило, в зоне гиперпигментации. Расценивается как предъязвенное состояние.

Комментарий. *Светлые рубцы на месте заживших язв не относят к белой атрофии кожи.*

Варикозная болезнь нижних конечностей (ВБНК) – заболевание, характеризующееся первичной варикозной трансформацией поверхностных вен.

Варикозно расширенные подкожные вены – подкожные расширенные вены диаметром более 3 мм в положении стоя. Обычно имеют узловатый (мешковидный) и/или извитой (змеевидный) вид.

Венозная трофическая язва – дефект кожи и мягких тканей в зоне трофических расстройств, обусловленных хроническим заболеванием вен.

Венозная экзема (застойный дерматит, экземоподобный дерматит) – разновидность экземы, возникающая как следствие хронической венозной недостаточности, чаще локализующаяся на нижних конечностях и характеризующаяся развитием серозного воспаления сосочкового слоя дермы и очагового спонгиоза эпидермиса, проявляющаяся полиморфной зудящей сыпью (везикулы, папулы, эритема и др.).

Венозный отек – увеличение конечности, вызванное нарастанием объема жидкости в коже, подкожной клетчатке, а также межфасциальном пространстве, часто сопровождающееся образованием характерной ямки при надавливании пальцем, обусловленное хронической венозной недостаточностью.

Венозный рефлюкс – нарушение работы клапанной системы вен с формированием ретроградного заброса крови по поверхностной и/или глубокой венозной системе конечности, а также в системе перфорантных вен.

Гиперпигментация – изменение цвета кожного покрова, заключающееся в появлении коричневых пятен разного размера и разной степени интенсивности. Гиперпигментация вследствие ХВН чаще локализуется в нижней трети голени на медиальной поверхности, но может распространяться на другие сегменты голени и на стопу.

Дуплексное сканирование – метод ультразвукового исследования вен, при котором, в случае необходимости, возможно одновременное использование двух или трех режимов сканирования. Является одним из вариантов ультразвукового ангиосканирования. А04.12.006.002 Дуплексное сканирование вен нижних конечностей.

Клей-индуцированный тромбоз (клей-индуцированный тромбоз (КИТ), endovenous glue-induced thrombosis, EGIT) – частичная или полная окклюзия глубокой вены или пролабирование в глубокую вену клеевых масс при клеевой облитерации поверхностной вены.

Кроссэктомия (операция Троянова-Тренделенбурга) - высокая (сразу у глубокой магистрали) перевязка большой (или малой) подкожной вены с обязательным лигированием всех приустьевых притоков и иссечением ствола поверхностной вены в пределах операционной раны.

Липодерматосклероз – уплотнение (фиброз, индурация) кожи и подкожной клетчатки, чаще локализующееся в нижней трети голени по медиальной поверхности.

Объективные симптомы хронических заболеваний вен – видимые проявления заболеваний вен, а именно: расширенные вены, телеангиэктазы (ТАЭ), ретикулярные вены (РВ), варикозные вены, отёк голеней, изменения кожи и подкожной клетчатки, венозные трофические язвы.

Открытое хирургическое вмешательство – открытая хирургия, подразумевает приустьевое пересечение и лигирование большой или малой подкожных вен с их последующим удалением (стриппингом). В сочетании с удалением варикозных подкожных вен операция иногда называется «комбинированной флебэктомией».

Пенная (микропенная, foam-form) **склерооблитерация, склеротерапия** – метод склерооблитерации с применением склерозирующего агента в виде микропены, приготавливаемой вручную, с помощью автоматизированных устройств или на производстве из жидкого препарата и воздуха или специального газа (смеси газов).

Ретикулярные вены – расширенные и извитые подкожные вены 1–3 мм в диаметре.

Рецидив варикозного расширения вен нижних конечностей – появление варикозно расширенных вен после завершённого курса инвазивного лечения

Стриппинг – удаление ствола большой или малой подкожной вены с использованием специального зонда.

Субъективные симптомы хронических заболеваний вен – жалобы, вызванные заболеванием вен или функциональной перегрузкой венозной системы, а именно: боль, чувство тяжести и распирающего жжения, зуд, мышечные судороги, пульсация, усталость и утомляемость в голенях, синдром беспокойных ног. Указанные симптомы не являются патогномоничными.

Телеангиэктазы, телеангиэктазы (сосудистые «звездочки») – расширенные внутрикожные вены диаметром менее 1 мм.

Термоиндуцированный тромбоз (термически индуцированный тромбоз (ТИТ), эндовенозный термически индуцированный тромбоз (ЭТИТ), endovenous heat-induced thrombosis (EHIT)) – частичная или полная обструкция глубокой вены или пролабирование в глубокую вену масс, имеющих непосредственную связь с массами, сформированными в поверхностной вене в результате ее термооблитерации.

Тумесцентная анестезия – разновидность местной анестезии с использованием значительных объемов местного анестетика низкой концентрации. В хирургии ХЗВ тумесцентная анестезия заключается в создании вокруг подкожных вен «футляра» из раствора анестетика.

Флеботропные лекарственные средства (веноактивные препараты, флебопротекторы, венотоники) – группы биологически активных веществ, объединенные способностью повышать венозный тонус, а также уменьшать выраженность вено-специфических симптомов и синдромов (АТХ: C05B, C05CA, C05CX, B01AB).

Хроническая венозная недостаточность – патологическое состояние, обусловленное нарушением венозного оттока, проявляющееся умеренным или выраженным отёком, изменениями кожи и подкожной клетчатки, трофическими язвами (классы C3–C6 по CEAP).

Хронические заболевания вен — все морфологические и функциональные нарушения венозной системы. Основными нозологическими формами ХЗВ являются варикозная болезнь нижних конечностей (ВБНК), таза (ВБТ), посттромботическая болезнь (ПТБ) нижних конечностей, ангиодисплазии (флебодисплазии), телеангиэктазы и ретикулярные вены, флебопатии.

Комментарий. *Нельзя считать патологически измененными видимые через кожу вены у людей со светлой кожей (усиленный венозный рисунок).*

Эндовенозная термооблитерация (эндовазальная термооблитерация) – группа методов по устранению патологического рефлюкса за счет внутрисосудистого температурного воздействия на вену с ее последующей облитерацией и фиброзной трансформацией. Основные методы эндовенозной термооблитерации – лазерная и радиочастотная.

Флебэктатическая корона (corona phlebectatica, венозная корона стопы) — густая веерообразная сеть, состоящая из множества мелких внутрикожных вен, диаметром менее 3 мм, в медиальном и/или латеральном отделе голеностопного сустава и в подлодыжечной области на стопе. Включает в себя наличие следующих компонентов: голубые телеангиэктазы (глубокие венулы), красные телеангиэктазы (поверхностные венулы), застойные пятна (капилляры), венозные чашечки (подкожные вены).

Комментарий. *Не следует путать corona phlebectatica с телеангиэктазиями тыльной стороны стопы при атрофии кожи у пациентов, длительно принимающих кортикостероиды, а также при хроническом атрофическом дерматите Херксхеймера (позднее проявление болезни Лайма).*

1. Краткая информация по заболеванию или состоянию (группе заболеваний или состояний)

1.1. Определение заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Варикозное расширение вен нижних конечностей – хроническое заболевание с первичным варикозным расширением подкожных вен нижних конечностей, которое может привести к развитию хронической венозной недостаточности (отек, гиперпигментация, венозная экзема, липодерматосклероз, трофическая язва)

1.2. Этиология и патогенез заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Этиология

Высокая частота выявления ХЗВ свидетельствует о существенной роли наследственности в природе данного заболевания. Известно, что риск развития варикозной болезни у детей достигает 90% в случае, когда оба родителя страдают заболеванием, 25% для мальчиков и 62% для девочек, когда патология имеется у одного из родителей, и 20%, когда оба родителя здоровы [1]. Точные представления о генетических основах развития ХЗВ отсутствуют, но в последние годы началось активное изучение этого аспекта проблемы, прежде всего, у больных с ВБНК [2–4].

Ген FOXC2 кодирует фактор транскрипции, необходимый для развития венозных и лимфатических сосудов в эмбриональном и постнатальном периодах [5–8]. Играя важную роль в формировании венозных клапанов, FOXC2, при развитии в нем мутаций, может становится причиной клапанной недостаточности поверхностных и глубоких вен [9,10]. Усиление экспрессии фактора FOXC2 наблюдают при развитии венозной гипертензии, это влечет за собой повышение синтеза мРНК эндотелиального маркера Dll4 (Delta like ligand 4), ассоциированного с секрецией протеина Hey2 [8,11]. Индукция пути FOXC2-Dll4-Hey2 активирует пролиферацию гладкомышечных клеток и ремоделирование венозной стенки у пациентов с варикозной болезнью. При исследовании, проведенном на материале, полученном от жителей нашей страны, представлены данные, говорящие о возможной значимости отдельных гаплотипов (rs7189489 C–rs4633732 T–rs34221221 C–rs1035550 C–rs34152738 T–rs12711457 G) в развитии варикозной болезни [12].

Ген MCP1 кодирует синтез белка-хемоаттрактанта моноцитов (monocyte chemoattractant protein 1) [13]. Основная функция MCP-1 заключается в привлечении к зоне воспаления моноцитов, базофилов, Т-лимфоцитов [14]. Белок MCP-1 способен стимулировать пролиферацию гладкомышечных клеток в стенке вены [11]. Показано, что

гомозиготный генотип G/G ассоциирован с клиническим классом C2, с ранней манифестацией (до 30 лет) варикозной болезни и обнаруживается у больных без очевидной семейной истории заболевания [14]. Нельзя исключить, что данный ген в большей степени играет роль в инициации заболевания, нежели в его прогрессировании.

У представителей европейских стран была показана более высокая частота развития венозных трофических язв у носителей аллеля rs1800562A гена гемохроматоза HFE p.C282Y [15]. В отечественном исследовании не было обнаружено достоверной связи между наличием этого аллеля HFE p.C282Y и частотой развития трофических язв, хотя его чаще обнаруживали у больных с варикозной болезнью. Напротив, эта связь прослеживалась с другим аллелем HFE p.63D (rs1799945), которого нет у европейцев [16].

К другим наиболее изученным генам, возможно обуславливающим инициацию или развитие ХЗВ и их осложнений, относятся MMPs/TIMPs, COL1A2, VEGF, Procollagen. Широко изучаются COL1A2, HSP90, ILK, MGP, Oct-1, TGF- α 1, Type I и III collagen, VEGF-A, VEGF-R в возникновении варикозной болезни, а также COL1A2, α -FGF, FGF-R, BAT1, ER-b, FPN1, IL-1, MTHFR, Procollagen, TNF- α . Роль гена VEGF в развитии хронической венозной недостаточности уже показана в ряде исследований [4].

Этиология таких первичных ХЗВ, как флебодисплазии, ретикулярные вены, телеангиэктазы, малоизучена.

Патогенез

Патогенез ХЗВ, является комплексным и мультифакторным процессом. К настоящему времени сложились следующие представления о механизмах повреждения венозной стенки и клапанов при варикозной болезни. Развивающиеся в венах нижних конечностей нарушения характера кровотока приводят к изменению «напряжения сдвига», т.е. механического напряжения мембраны эндотелиоцита, возникающее в ответ на ее смещение ламинарным потоком крови. Вследствие венозного стаза, на поверхности эндотелия формируются зоны с низким или нулевым напряжением сдвига, что не может не отразиться на функциональной активности клеток [15–18]. В частности, разнонаправленный сдвиг, возникающий в результате ретроградного потока крови, может спровоцировать появление воспалительных и тромбогенных фенотипов эндотелиоцитов, которые приобретают способность фиксировать на своей поверхности форменные элементы крови (лейкоциты, тромбоциты) и белковые молекулы [19,20].

Именно роллингу, адгезии и активации лейкоцитов на поверхности морфологически неповрежденного, но дисфункционального эндотелия отводится существенная роль в патогенезе варикозной трансформации вен. Накопленные в

последние годы данные, свидетельствуют, что в основе перестройки стенки вен, а также венозных клапанов лежит особый воспалительный процесс [16,21–26]. Данное положение подтверждается тем, что при варикозном расширении была выявлена инфильтрация венозной стенки и створок клапанов моноцитами и макрофагами. Причем, клеточные инфильтраты формируются на участках венозной стенки, эндотелиоциты которой продуцируют молекулы клеточной адгезии [6,15,21,23].

Протеолитические ферменты, в частности матриксные металлопротеиназы, синтезируемые эндотелиоцитами и макрофагами вызывают деградацию протеинов, формирующих внеклеточный матрикс венозной стенки [6,27–29]. Каскад воспалительных изменений, сопровождающийся выработкой медиаторов воспаления, факторов роста и приводит к трансформации венозной стенки и клапанов [6,24]. Следует отметить, что все инициируемые лейкоцитарно-эндотелиальным взаимодействием патологические процессы очень сложны и окончательно не изучены.

В патологический процесс при ВБНК вовлекаются все элементы венозной стенки [30–32]. Во внутренней оболочке в первую очередь страдает эндотелий, непосредственно подвергающийся неблагоприятному воздействию патологических нарушений венозного оттока. При световой и электронной микроскопии выявлены изменения эндотелиоцитов и их структурного расположения, вплоть до полного повреждения эндотелиальной выстилки [33,34]. В целом на начальных стадиях заболевания в варикозно расширенных венах выявляется утолщение интимы [6,30,34]. Обусловлено это изменениями в субэндотелиальном слое, в котором отмечается увеличение содержания эластических и коллагеновых волокон, миграция мышечных клеток в субэндотелий, на фоне дистрофических изменений типа мукоидного и фибриноидного воспаления [31,34]. На более поздних стадиях развивается фиброз внутренней оболочки вен, эластичные волокна утолщаются, а внутренняя мембрана разрыхляется и разрушается [30,33,35].

В средней оболочке на ранних стадиях заболевания отмечается гипертрофия мышечных элементов [18,30,31,36], что приводит к ее выраженному утолщению.

По мере прогрессирования патологического процесса в средней оболочке развивается атрофия мышечных структур, поэтому она истончается. Нередко отмечается чередование участков стенки с гипертрофией и атрофией мышечных элементов [6,22]. Кроме того, иммуногистохимические и электронно-микроскопические исследования показали, что наблюдается не просто уменьшение мышечных структур в стенке, но и смена сократительной роли мышечных клеток на синтетическую, пролиферативную и фагоцитарную [6,34,37], о чем свидетельствует выявление в них вакуолизации цитоплазмы и умеренного количества митохондрии [34]. Выявленные изменения

подтверждают, что в венозной стенке происходит не только структурная, но и функциональная перестройка гладкомышечных клеток. Такие функциональные изменения лежат в основе ремоделирования стенки вены [35,37].

Одновременно в средней оболочке выявляются изменения содержания эластических и коллагеновых волокон [31,33,34,36,38–40]. Их количество увеличивается. В более поздние стадии отмечается деструкция эластических волокон, эластолиз. Нередко выявляются только фрагменты эластических волокон [34,41]. Аналогичные изменения эластических волокон отмечаются и в адвентициальной оболочке [36,39]. Уменьшение синтеза эластина и деструкция эластических волокон так же вносят свой существенный вклад в ухудшение упруго-эластичных свойств венозной стенки [18,36,39].

Важным фактором патогенеза варикозной трансформации поверхностных вен при ВБНК является дисрегуляция синтеза коллагена [19,41,42]. В многочисленных исследованиях установлены многогранные изменения содержания в венозной стенке коллагенов разных типов. Наибольшее внимание исследователей привлекло в первую очередь изучение содержания интерстициальных коллагенов I и III типов, которые формируют крупные фибриллы в стенке вен. Общие изменения коллагеновых волокон в стенке варикозно трансформированных вен описаны в ряде работ. Выявленные нарушения можно охарактеризовать как дезорганизацию коллагеновых волокон [35,41]. Их количество увеличивается [42,43], но при этом они теряют свою нормальную структуру, могут, как утолщаться и становиться грубыми, так и утончаться [34], нередко приобретают уродливые формы [44].

Большинство авторов отмечают изменение соотношения содержания двух типов коллагена в сторону увеличения в стенке коллагена I типа и уменьшение коллагена III типа [19,39,41,45]. Дисрегуляция синтеза коллагена ухудшает упруго-эластические свойства стенки вены, что создает условия для ее варикозной трансформации.

В целом развивающиеся патологические нарушения в поверхностных венах при ВБНК можно охарактеризовать как прогрессивное нарастание атрофии мышечных элементов, уменьшение эластических волокон и увеличение содержания коллагеновых волокон, что является причиной изменения упруго-эластичных свойств венозной стенки и варикозной трансформации поверхностных вен. Несмотря на более сложную структурно-функциональную организацию, клапаны являются видоизмененной частью венозной стенки, образованы одними и теми же волокнами и клетками, поэтому в них должны происходить аналогичные патоморфологические изменения. Наиболее вероятно, структурная перестройка в клапанах происходит синхронно с изменениями в стенке.

Следует отметить, что не выявлено корреляции между характером развивающихся патоморфологических изменений в стенке вен и клинической тяжестью заболевания, а также степенью рефлюкса в проксимальном отделе большой подкожной вены [46].

Важное значение в развитии трофических нарушений при ХЗВ придается механизму “лейкоцитарной агрессии”. Под воздействием венозной гипертензии и стаза происходит экстравазация макромолекул (фибриногена и $\alpha 2$ -макроглобулина) и эритроцитов в интерстициальные ткани [6]. Продукты их деградации обладают мощным хемотаксическим действием и служат сигналом для привлечения и активации лейкоцитов [22]. На эндотелиальных клетках сосудов микроциркуляторного русла повышается при этом экспрессия молекул клеточной адгезии ICAM-1, которая используется макрофагами, лимфоцитами и тучными клетками для диапедеза через неповрежденный эндотелий капилляров и посткапиллярных венул в интерстиций [6,20,43].

Активированные лейкоциты, попадая в окружающие ткани, стимулируют синтез фибробластами компонентов соединительной ткани посредством секреции трансформирующего фактора роста- β_1 (TGF- β_1) [47,48]. У пациентов с ХЗВ выявляется патологически высокий уровень TGF- β_1 , увеличивающийся пропорционально тяжести заболевания. TGF- β_1 связывается с фибробластами дермы и белками внеклеточного матрикса, способствуя пролиферации фибробластов и провоцируя развитие фиброза.

Важным является факт снижения пролиферативного ответа фибробластов на стимуляцию TGF- β_1 по мере нарастания тяжести заболевания. У больных с венозной трофической язвой фибробласты приобретают морфологические характеристики, характерные для стареющих клеток. Ареактивность фибробластов венозной язвы связана с 4-кратным уменьшением количества рецепторов к TGF- β_1 II типа. Это приводит к нарушению фосфорилирования белков SMAD 2 и 3 типов и p42/44 митоген-активируемых протеинкиназ, и снижению синтеза коллагена и фибронектина фибробластами венозной язвы, в сравнении с клетками неповрежденной кожи [49]. Скорость роста фибробластов венозной язвы значительно снижается в том числе и при стимуляции фактором роста фибробластов (bFGF), эндотелиальным фактором роста (EGF) и интерлейкином 1 (IL-1) [50].

Пролиферирующие фибробласты активно синтезируют матриксные металлопротеиназы (MMP), которые начинают преобладать над тканевыми ингибиторами металлопротеиназ (TIMP) [6,27,28]. Синтез MMP также провоцируется активацией протеаз в межклеточном матриксе, секрецией цитокинов и факторов роста, нарушением межклеточных контактов. Их роль в патологическом процессе до конца не ясна. Имеются сообщения о повышении содержания в коже MMP-1, MMP-2 и TIMP-1 при липодерматосклерозе. Непосредственно вокруг трофической язвы в ряде исследований

обнаруживали MMP-9, а в самих незаживающих венозных трофических язвах – MMP-1 и MMP-8. При этом отмечено уменьшение количества ингибитора TIMP-1. Одна из функций MMP при ХЗВ заключается в разрушении внеклеточного матрикса, образовании венозных язв, а также в препятствии их заживлению.

ХВН протекает с каскадом воспалительных реакций в мягких тканях нижних конечностей. На первом этапе развивается липодерматосклероз, при котором на фоне сохраненной структуры мягких тканей происходит увеличение площади капиллярного русла не за счет возрастания их абсолютного числа, а в результате их удлинения и извитости. При микроскопическом исследовании наблюдается инфильтрация сосочкового слоя кожи моноцитами, макрофагами, соединительнотканными протеинами и фибрином, который концентрируется вокруг капилляров в виде “манжетки”. В небольших количествах обнаруживают Т-лимфоциты. На этой стадии начинает вырабатываться сосудистый эндотелиальный фактор роста VEGF-A [51,52]. Он стимулирует экспрессию эндотелиоцитами адгезионных молекул ICAM-1, VCAM-1 и Е-селектина, которые опосредуют связывание лейкоцитов с эндотелием и способствуют их проникновению в ткань [51]. Помимо индукции синтеза молекул клеточной адгезии, VEGF-A является мощным митогеном для эндотелиальных клеток, увеличивает проницаемость сосудов и регулирует экспрессию MMP и TIMP [53]. Плазменная концентрация VEGF в крови из нижних конечностей у пациентов с ХЗВ 3–4 классов достоверно выше, чем у здоровых людей [54].

Изменения на уровне макроциркуляции, характерные для ХЗВ, реализуются через венозную обструкцию, обусловленную нарушением венозного оттока, либо через несостоятельность венозных клапанов, являющихся причиной рефлюкса [55]. Проявлением становится динамическая венозная «гипертензия», которая, по сути, представляет собой невозможность полноценного снижения венозного давления в результате активизации мышечной помпы [56]. Прямые измерения давления в дорзальной вене стопы, а также результаты плетизмографии демонстрируют, что после активных сокращений мышц голени в момент их расслабления венозное давление оказывается более высоким, чем у здоровых индивидуумов, а время, за которое венозное давление возвращается к исходным значениям, значительно сокращается [55,56].

1.3. Эпидемиология заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

В 70-х годах 20-го века были проведены первые эпидемиологические исследования, в которых в основном оценили распространенность варикозной болезни.

Было показано, что среди взрослого населения разных стран частота заболевания варьирует от 2 до 60% [57,58], что связано, прежде всего, с этническими различиями. В африканских странах, Тихоокеанском регионе частота варикозного расширения вен редко превышает 5–6%, тогда, как в Европе этот показатель достигает десятков процентов среди всего взрослого населения.

Факторами риска развития ХЗВ традиционно признают возраст, женский пол, ожирение, наследственность. К специфическим женским факторам риска относят беременность, прием гормональных препаратов (эстрогены, гестагены), менопаузу [58–62]. Вместе с тем, не все проведенные исследования подтверждают наличие существенной зависимости риска развития ХЗВ от пола [57,63]. О роли беременности и родов в генезе варикозной болезни свидетельствуют данные многих работ [57,60,64]. Одним из возможных факторов риска ХЗВ считают избыточную массу тела. Однако рассматривать этот фактор изолированно весьма сложно, поскольку в большинстве случаев высокий индекс массы тела ассоциирован с более высокой частотой беременностей и родов в акушерском анамнезе женщин [60,65–68]. Наследственность, по-видимому, достаточно обоснованно признают фактором риска ХЗВ [60,69,70].

Одним из наиболее масштабных эпидемиологических исследований, проведенных с использованием классификации CEAP для описания случаев ХЗВ стала программа Vein Consult, включившая 91545 человек из 20 стран мира [57]. ХЗВ были найдены у 83,6% включенных в исследование. Среди пациентов с ХЗВ женщины (68,4%) преобладали над мужчинами (31,6%). Средний возраст обследованных с ХЗВ составлял 53,3 года, а распределение по классам заболевания оказалось следующим: C0S - 19,7%, C1 - 21,7%, C2 - 17,9%, C3 - 14,7%, C4 - 7,5%, C5 - 1,4%, C6 - 0,7%.

Недавний метаанализ, объединивший данные 19 эпидемиологических исследований демонстрирует следующую распространенность ХЗВ по клиническим классам: C0s – 9%, C1 – 26%, C2 – 19%, C3 – 8%, C4 – 4%, C5 – 1%, C6 – 0,42% [71]. При этом основными факторами риска развития ХЗВ и ВБНК являются: женский пол, возраст, избыточная масса тела и ожирение, длительное пребывание в вертикальном положении тела, семейный анамнез, число беременностей, а также принадлежность к европеоидной этнической группе. В отношении числа беременностей большинство исследований подтверждает увеличение риска развития ВБНК от 1,1 раза за каждую до 2,3 раз при наличии 4-х и более беременностей [57,60,64]. Однако эти цифры могут быть смещенными под действием возраста и этнической принадлежности женщин. Что касается приема гормональных препаратов, курения и социального статуса, то достоверного влияния названных факторов на риск развития ХЗВ и ВБНК не выявлено

[71].

В Российской Федерации частота ХЗВ была изучена в нескольких исследованиях [72–74]. Только в одном из них, носившем поперечный характер, распространенность венозной патологии была оценена в общей популяции. В 2015 г. при обследовании жителей в сельском поселении в Центральном округе России симптомы ХЗВ были выявлены у 69,3% из 703 лиц в возрасте старше 18 лет [60]. Распределение по клиническим классам было следующим: C0s - 4,7%, C1 – 34,3%, C2 - 21,3%, C3 - 4,5%, C4 - 2,6%, C5 - 1,0%, C6 - 0,1%. Из нозологических вариантов у 34,1% жителей нашли телангиэктазы и ретикулярные вены, у 29,0% - варикозную болезнь, в 1,4% случаях была диагностирована посттромботическая болезнь. ХВН была диагностирована у 8,2%. Анализ факторов риска развития ХЗВ и варикозной болезни показал, что для развития ХЗВ имеют значение наследственность, возраст, женский пол, число беременностей и менопауза. Для варикозной болезни факторами риска оказались возраст, наследственность, менопауза.

Высокая распространенность ХЗВ в нашей стране подчеркивает важность точной и своевременной диагностики этой патологии, необходимость применения лечебных технологий, которые могут быть использованы максимально широко, не только врачами сердечно-сосудистого профиля, флебологами, но и общими хирургами и даже врачами других специальностей.

1.4. Особенности кодирования заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем

Коды по Международной классификации болезней 10 пересмотра (МКБ 10):

Варикозное расширение вен нижних конечностей (I83):

I83.0 Варикозное расширение вен нижних конечностей с язвой

Любое состояние, классифицированное в рубрике I83.9, с язвой или уточненное как язвенное

Варикозная язва (нижних конечностей любой части)

I83.1 Варикозное расширение вен нижних конечностей с воспалением

Любое состояние, классифицированное в рубрике I83.9, с воспалением или обозначенное как воспалительное

I83.2 Варикозное расширение вен нижних конечностей с язвой и воспалением

Любое состояние, классифицированное в рубрике I83.9, с язвой и воспалением

183.9 Варикозное расширение вен нижних конечностей без язвы или воспаления

Флебэктазия нижних конечностей (любой части) или неуточненной локализации

Варикозные вены нижних конечностей (любой части) или неуточненной локализации

Варикозное расширение вен нижних конечностей (любой части) или неуточненной локализации

1.5. Классификация заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Классификация ХЗВ должна отвечать как запросам повседневной практики, так и соответствовать нуждам исследовательской работы в области флебологии. Этим требованиям удовлетворяет классификация CEAP, учитывающая клинические проявления (С – clinic), этиологию (Е – etiology), анатомическую локализацию (А – anatomy) и патогенез (Р – pathogenesis) заболевания. Классификация CEAP рекомендована к использованию всеми ведущими профессиональными ассоциациями по флебологии [75–80]. Целесообразно активное применение классификации CEAP в работе лечебных учреждений.

Классификация CEAP приведена в Таблице 1.

Таблица 1. Классификация хронических заболеваний вен CEAP

Клинический раздел (С) В этом разделе классификации описывают клинический статус пациента. Поводом для отнесения больного к тому или иному классу служит наличие у него наиболее выраженного объективного симптома ХЗВ	
С0 – нет видимых или пальпируемых признаков ХЗВ С1 – телеангиэктазы или ретикулярные вены С2 – варикозно измененные подкожные вены С2г – рецидив варикозных вен С3 – отек С4 – трофические изменения кожи и подкожных тканей а – гиперпигментация и/или варикозная экзема b – липодерматосклероз и/или белая атрофия кожи с – флебэктатическая корона С5 – зажившая венозная язва С6 – открытая (активная) венозная язва С6г – рецидивная открытая венозная язва	При наличии симптомов ХЗВ к обозначению клинического класса добавляют s. При отсутствии симптомов добавляют а. Классы ХЗВ не являются стадиями заболевания. Между ними нет последовательной связи, заболевание может проявиться сразу отеком и даже трофическими нарушениями
Этиологический раздел (Е) В этом разделе указывают происхождение заболевания	
Ес – врожденное заболевание	Еsi – повреждение венозной стенки и

Ep – первичное заболевание Es – вторичное заболевание с известной причиной Esi – интравенозное поражение Ese – экстравенозное поражение Ep– не удастся установить этиологический фактор	/клапанов: первичная интравенозная саркома, венозный тромбоз, артериовенозная фистула и т.п. Ese – нет повреждения клапанов или стенки вены, изменения связаны с локальной или системной венозной гипертензией (ожирение, хроническая сердечная недостаточность, нетромботическая венозная обструкция, синдром венозного тазового полнокровия), внешним сдавлением (экстравенозная опухоль, забрюшинный фиброз), дисфункция венозной помпы вследствие двигательных расстройств (параплегия, патология суставов, другие причины длительной иммобилизации) Возможно описание одновременного поражения сегмента первичным и вторичным процессом: Примеры: Первичное заболевание + ТГВ = Ep+Esi = Epsi Тромбоз на фоне наружной компрессии = Esi+Ee = Esie
Анатомический раздел (А) В этом разделе указывают локализацию патологических изменений	
As– поверхностные вены Ap– перфорантные вены Ad– глубокие вены Ap– не удастся выявить изменения в венозной системе	Поражение может локализоваться в одной (например, Ad) или в нескольких системах одновременно (As, p, d)
Патофизиологический раздел (Р) В этом разделе указывают характер нарушений венозной гемодинамики	
Pp– рефлюкс Ро– окклюзия Pp, o– сочетание рефлюкса и окклюзии Pp– не удастся выявить изменения в венозной системе	
Уровень диагностических действий (L) В этом разделе указывают проведенное обследование для установки диагноза	
LI – клиническое обследование ± ультразвуковая доплерография LII – клиническое обследование + ДСВНК ± плетизмография LIИ – клиническое обследование + ДСВНК + флебография или флеботонометрия или спиральная компьютерная томография	

Базовый и расширенный варианты классификации. При описании флебологического статуса пациента можно использовать базовый или расширенный варианты классификации. Для лечебных учреждений и врачей, специализирующихся на лечении ХЗВ, предпочтителен расширенный вариант. Базовым является вариант, в котором указывают клинический класс по максимально выраженному клиническому признаку, а в патофизиологическом разделе отмечают только сам факт наличия рефлюкса, окклюзии или их отсутствие. В расширенном варианте используется обозначение клинического класса с перечислением всех имеющихся объективных и субъективных проявлений и указанием тех сегментов венозной системы, в которых были обнаружены патологические изменения (рефлюкс или окклюзия). Каждому гемодинамически значимому отделу венозного русла нижней конечности присваивают буквенное обозначение (таблица 2).

Таблица 2. Обозначения сегментов венозной системы

Поверхностные	Telangiectasia	Tel	Телангиэктазы
	Reticular veins	Ret	Ретикулярные вены
	Great saphenous vein	GSVa	БПВ выше колена
	Great saphenous vein	GSVb	БПВ ниже колена
	Small saphenous vein	SSV	Малая подкожная вена
	Anterior accessory saphenous vein	AASV	Передняя добавочная подкожная вена
	Nonsaphenous vein	NSV	Несафенные вены
Глубокие	Inferior vena cava	IVC	Нижняя полая вена
	Common iliac vein	CIV	Общая подвздошная вена
	Internal iliac vein	IIV	Внутренняя подвздошная вена
	External iliac vein	EIV	Наружная подвздошная вена
	Pelvic veins	PELV	Тазовые вены
	Common femoral vein	CFV	Общая бедренная вена
	Deep femoral vein	DFV	Глубокая бедренная вена
	Femoral vein	FV	Бедренная вена
	Popliteal vein	POPV	Подколенная вена
	Crural (tibial) vein	TIBV	Вены голени (берцовые)
	Peroneal vein	PRV	Малоберцовая вена
	Anterior tibial vein	ATV	Передняя большеберцовая вена
	Posterior tibial vein	PTV	Задняя большеберцовая вена
	Muscular veins	MUSV	Мышечные вены

	Gastrocnemius vein	GAV	Вены икроножной мышцы (суральные)
	Soleal vein	SOV	Вены камбаловидной мышцы
Перфоранты	Thigh perforator vein	TPV	Перфоранты бедра
	Calf perforator vein	CPV	Перфоранты голени

Статус пациента, описанный с помощью представленных терминов, не является застывшим. Динамика может быть как положительной (успешное лечение), так и отрицательной (прогрессирование заболевания), поэтому обязательно следует фиксировать дату установления диагноза. Аббревиатурами Ep, Ap, Pp обычно обозначают случаи наличия типичной симптоматики венозного застоя (отёки, боли, тяжесть, утомляемость, ночные судороги, зуд, жжение) у пациентов с абсолютно полноценной венозной системой при воздействии ряда факторов (физические перегрузки, длительный ортостаз, прием гормональных препаратов и др.). Т.е., речь идет о так называемых флебопатиях. Учитывая обновление классификации CEAP в 2020 г., при формулировке диагноза целесообразно использовать сокращенное буквенное обозначение сегментов венозной системы (вместо цифрового) [80].

Пример формулировки диагноза согласно классификации CEAP

Пациентка обратилась к флебологу 03.09.2020. Предъявляет жалобы на наличие варикозно измененных вен на левой нижней конечности, отеки дистальных отделов голени, боли и тяжесть в икроножных мышцах во второй половине дня. Выполнено дуплексное сканирование вен нижних конечностей: глубокие вены – без патологии, клапанная недостаточность большой подкожной вены на бедре, несостоятельность перфорантной вены в средней трети бедра.

Формулировка диагноза согласно классификации CEAP:

Базовый вариант: C3s, Ep, As, p, Pr; 03.09.2020; LII.

Полный вариант: C2,3s, Ep, As, p, Pr (GSVa, TPV); 03.09.2020; LII.

В отечественной флебологии принят нозологический подход к формулировке диагноза. Выделяют варикозную болезнь (Ep), при которой происходит трансформация поверхностных вен, посттромботическую болезнь (Es) с поражением глубокой венозной системы и врождённые аномалии развития венозной системы – флебодисплазии (Ec). Использование нозологических формулировок в практической деятельности позволяет врачу быстро ориентироваться при изучении медицинских документов пациента, поэтому целесообразно использовать эти термины одновременно с классификацией CEAP. Вышеописанный случай можно охарактеризовать следующим образом: Варикозная

болезнь левой нижней конечности. C2,3s, Ep, As, p, Pr (GSVa, TPV); 03.09.2020; LII.

1.6. Клиническая картина заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Клиническая картина при неосложненном течении варикозной болезни (клинический класс по классификации CEAP C2) определяется наличием контурирующихся и видимых в положении стоя узловатых и/или извитых подкожных вен диаметром более 3 мм. Наличие варикозного расширения вен может сопровождаться субъективными симптомами (боль или дискомфорт в зоне расположения варикозных вен, ощущение пульсации, ощущение стеснения (сдавления), тяжесть, быстрая утомляемость, ощущение отека, судороги, кожный зуд, «беспокойство» в ногах, ощущение покалывания, ощущение жара или жжения). При осложненных формах варикозной болезни (хроническая венозная недостаточность - клинические классы C3 - C6 по классификации CEAP) кроме варикозно измененных вен могут появиться: отек голеней, изменение цвета и структуры кожи – гиперпигментация, белая атрофия кожи, венозная экзема (преимущественно в проекции варикозно измененных вен), трофические язвы.

2. Диагностика заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний), медицинские показания и противопоказания к применению методов диагностики

2.1. Общие положения по диагностике

- Рекомендуется провести клиническое обследование перед инструментальным у пациентов с ХЗВ [81].

УДД 5 УУР С

Комментарий. *Клиническое обследование включает анализ жалоб больного, сбор анамнеза и физикальное обследование (осмотр и пальпацию).*

- Рекомендуется ограничиться клиническим обследованием (без инструментального) у пациента с любым ХЗВ при несомненно ясном диагнозе, если инвазивное лечение (склерооблитерация, термооблитерация, флебэктомия) не планируется [75,76,78].

УДД 5 УУР С

Комментарий. *В результате осмотра, оценки жалоб, анамнестических сведений и пальпации, у большинства больных можно определить нозологический вариант ХЗВ и стратегию лечения: пациента следует оперировать или необходимо использовать только консервативное лечение. Если инвазивное лечение применяться не будет, отказ от дальнейшего обследования не является ошибкой. Однако при подозрении на вторичность варикозного расширения вен ввиду вероятной патологии глубокой венозной системы или вен малого таза, рекомендовано назначить плановое прохождение обследования.*

- Рекомендуется провести инструментальное обследование при необходимости уточнения диагноза или при планировании инвазивного лечения у пациентов с ХЗВ [75,76,78].

УДД 5 УУР С

2.2. Критерии установления диагноза (состояния)

Критерием для установления диагноза варикозного расширения вен нижних конечностей является наличие контурирующихся и видимых в положении стоя узловатых и/или извитых подкожных вен диаметром более 3 мм.

У пациентов с развитой подкожно-жировой клетчаткой при наличии сомнений при осмотре следует провести ультразвуковое исследование. Не извитые и не имеющие

узловатых локальных расширений видимые подкожные вены, иногда контурирующиеся у людей с тонкой кожей и невыраженной клетчаткой, следует считать здоровыми.

2.3. Жалобы и анамнез

- Рекомендуется относить к симптомам, ассоциированным с ХЗВ, следующие [82]:
 - Боль: ноющая, тупая
 - Ощущение пульсации, пульсирующей боли
 - Ощущение стеснения, сдавления
 - Тяжесть
 - Быстрая утомляемость ног
 - Ощущение отека
 - Судороги
 - Кожный зуд
 - «Беспокойство» в ногах» (синдром беспокойных ног)
 - Ощущение покалывания
 - Ощущение жара или жжения

УДД 5 УУР С

Комментарий. Указанные симптомы не являются патогномоничными. Для ряда указанных симптомов исследованы показатели чувствительности, специфичности и отношения правдоподобия (ОП - отношение правдоподобия, вероятность того, что симптом выявится у больного с заболеванием, по отношению к тому, что он выявится у здорового). Следует учитывать, что эти данные получены в исследовании с существенными методологическими ограничениями и не по всем представленным симптомам [83]. Сводные данные по чувствительности и специфичности венозных симптомов представлены в таблице 3

Таблица 3. Сводные данные по чувствительности и специфичности венозных симптомов [83]

Признак	Чувствительность	Специфичность	ОП	P
Тяжесть	0.72	0.65	2.04	< 0.001
Ощущение отека	0.42	0.81	2.17	< 0.001
Судороги	0.34	0.55	0.77	0.12
Ощущение жара или жжения	0.23	0.76	0.93	0.87
Ощущение покалывания	0.3	0.66	0.89	0.43

Кожный зуд	0.2	0.98	9.67	< 0.001
«Беспокойство» в ногах»	0.24	0.95	4.45	< 0.001
Венозная боль, флебалгия (боль в зоне расположения видимых вен)	0.25	0.99	22.91	< 0.001
Локализация				
Обе конечности симметрично	0.26	0.81	1.36	0.26
Преимущественно голени	0.63	0.4	1.08	0.67
Диффузные (не локализованные)	0.29	0.86	2.12	0.008
Обстоятельства				
Нет при пробуждении	0.93	0.36	1.45	< 0.001
Усиливаются в течение дня	0.85	0.43	1.49	< 0.001
Усиливаются в жаркой среде	0.73	0.73	2.75	< 0.001
Ослабевают в холодной среде	0.46	0.88	3.89	< 0.001
Не усиливаются при ходьбе	0.89	0.62	2.33	< 0.001
Зависят от менструального цикла	0.34	0.7	1.15	0.79

- Рекомендуется считать относительно характерными для венозной симптоматики следующие закономерности [75,76,78]:
 - Симптомы усиливаются при недостаточной активности мышечно-венозной помпы голени (длительное статическое положение стоя или сидя) или к концу дня;
 - Симптомы регрессируют после ходьбы, отдыха в горизонтальном положении или при использовании медицинских компрессионных изделий;
 - Возможно сезонное изменение интенсивности проявлений венозной недостаточности;
 - У женщин молодого и среднего возраста жалобы могут усиливаться во время или перед менструацией.

УДД 5 УУР С

Комментарий. Описанные жалобы широко распространены в популяции и встречаются вне зависимости от наличия или отсутствия ХЗВ [84]. Распространенность симптомов имеет тенденцию увеличиваться с возрастом вне зависимости от пола. Уровень корреляции между выраженностью указанных симптомов и клиническими проявлениями заболевания вен низок и не имеет прямой диагностической ценности [82,85]. Также необходимо учитывать, что иногда боль в нижних конечностях при ходьбе при

сохраненной пульсации периферических артерий (венозная перемежающаяся хромота) может быть вызвана затруднением венозного оттока на высоком уровне (нижняя полая или подвздошные вены) по причине перенесенного тромбоза или синдрома Мея-Тернера [86,87]. Сбор анамнеза позволяет провести дифференциальную диагностику между первичным, вторичным или врожденным варикозным расширением поверхностных вен. Пациентов необходимо опрашивать о перенесенных тромбофлебитах и тромбозах глубоких вен. Также необходимо собирать гинекологический и лекарственный анамнез (в т.ч. прием гормональных препаратов, аллергии и т.д.), учитывать возможную сопутствующую патологию, включая заболевания сердца и почек, которые также могут оказывать влияние на течение ХЗВ [81].

2.4. Физикальное обследование

- Рекомендуется проводить физикальное обследование пациента с ХЗВ в положении стоя [75,76,78].

УДД 5 УУР С

Комментарий. Объективными признаками ХЗВ являются:

- телеангиэктазы (телангиэктазы, ТАЭ);
- ретикулярные вены (РВ);
- варикозное расширение (трансформация) подкожных вен;
- отек;
- трофические расстройства.

Указанные проявления могут быть обнаружены в разных сочетаниях. Выявление ТАЭ, РВ и варикозной трансформации подкожных вен, как правило, не вызывает затруднений.

- Рекомендуется считать обязательным объективным признаком ХЗВ С2 наличие варикозного расширения (трансформации) подкожных вен [75,76,78].

УДД 5 УУР С

Комментарий. Отеки нижних конечностей, изменение цвета и структуры кожи, в том числе язвенные поражения, могут быть вызваны различными причинами, поэтому их наличие требует проведения тщательной дифференциальной диагностики.

- Рекомендуется осмотр живота, паховых областей и промежности при наличии жалоб на варикозное расширение вен в этих зонах [75,76].

УДД 5 УУР С

Комментарий. Варикозная трансформация вен в указанных областях может быть признаком обструкции подвздошных вен, нижней полой вены (НПВ), несостоятельности

гонадных вен, синдрома аорто-мезентериального «пинцета» (nutcracker syndrome, сдавление левой почечной вены между верхней брыжеечной артерией и аортой) или при ретроаортальном расположении, и признаком рака почки.

- Рекомендуется при пальпации оценить пульсацию магистральных артерий и подвижность голеностопных суставов у пациентов с ХЗВ для исключения сопутствующей патологии [75,76].

УДД 5 УУР С

Комментарий. При выявлении слабой пульсовой волны рекомендовано провести дообследование

- Не рекомендуется проводить функциональные пробы (такие как Тренделенбурга) для диагностики и планирования лечения ХЗВ [87,88].

УДД 2 УУР А

Комментарий. Традиционные клинические, в том числе турникетные пробы, такие как Тренделенбурга, Пертеса, и другие, сегодня представляют только исторический интерес и не должны применяться при диагностике и планировании лечения.

2.5. Лабораторные диагностические исследования

- Не рекомендуется лабораторная диагностика в связи с наличием у пациента ХЗВ [75,76,78].

УДД 5 УУР С

Комментарий. Дополнительные лабораторные или инструментальные методы диагностики сопутствующей патологии могут быть назначены на усмотрение лечащего врача в зависимости от характера планируемого лечения и анестезиологического пособия.

2.6. Инструментальные диагностические исследования

2.6.1. Дуплексное сканирование вен нижних конечностей (A04.12.006.002)

Ультразвуковое исследование вен с оформлением заключения должно проводиться врачом ультразвуковой диагностики. Для уточнения особенностей поражения венозной системы и определения лечебной тактики ультразвуковое исследование вен может выполняться врачом, не имеющим сертификат по ультразвуковой диагностике, с внесением результатов в текст консультативного заключения. Самостоятельное сканирование вен клиницистом позволяет существенно повысить качество оказываемой медицинской помощи. Для улучшения восприятия целесообразно графическое отображение результатов ДСВНК.

- Рекомендуется в определении тактики лечения пациентов с ХЗВ ориентироваться преимущественно на клиническую картину [75,76,78].

УДД 5 УУР С

Комментарий. *Дуплексное сканирование в значительной степени является «операторозависимым» методом. На его качество влияют не только опыт и знания исследователя, но и тактические подходы к лечению заболеваний вен, принятые в данном лечебном учреждении. Результаты ультразвукового сканирования носят вспомогательную роль в абсолютном большинстве случаев. Определение тактики лечения проводят ориентируясь, прежде всего, на данные клинического обследования.*

- Дуплексное сканирование рекомендуется в качестве инструментального метода первой линии при планировании инвазивного лечения пациентов с варикозным расширением вен нижних конечностей [75,76,78,89,90].

УДД 5 УУР С

Комментарий. *Дуплексное сканирование является методом ультразвукового исследования вен, при котором, в случае необходимости, возможно одновременное использование двух или трех режимов сканирования. Основным является В-режим, дополнительным может быть цветное кодирование потока крови, импульсно-волновой доплер или их сочетание. Такое сочетание позволяет одновременно визуализировать исследуемый сосуд, определять направление кровотока и его параметры. Метод позволяет получить информацию об анатомии и гемодинамике венозного русла, в том числе о клапанной недостаточности и венозной обструкции [91–95]. Дуплексное сканирование является «золотым стандартом» инструментального обследования пациентов с варикозным расширением вен нижних конечностей. Данный метод не инвазивен и обладает высокой воспроизводимостью. Ультразвуковое исследование вен нижних конечностей для подтверждения диагноза и уточнения тактики лечения может выполнить любой специалист, занимающийся диагностикой и лечением заболеваний вен и имеющий практический опыт выполнения ультразвукового исследования*

- Рекомендуется при выполнении ультразвукового ангиосканирования проводить исследование поверхностных и глубоких вен (в доступных сегментах) обеих нижних конечностей у пациентов с ХЗВ [75,76,78] .

УДД 5 УУР С

- При дуплексном сканировании рекомендовано оценивать анатомию (особенности расположения) вен, сжимаемость, характеристики венозного кровотока, включая продолжительность рефлюкса [75,76,78].

УДД 5 УУР С

Комментарий. Методика дуплексного сканирования вен разработана и подробно описана многими авторами [96–103]. Используются ультразвуковые аппараты, оснащенные линейными датчиками частотой 5–13 МГц. В повседневной практике достаточно возможностей недорогих портативных аппаратов. Для сканирования глубоких вен, особенно у полных пациентов, при исследовании вен малого таза и забрюшинного пространства применяют конвексные датчики с меньшей частотой излучения (3,5–5 МГц). Для визуализации следует использовать настройки, оптимизированные для оценки низкоскоростных потоков (5–10 см/с) [89].

- Рекомендуется проводить исследование функции клапанов (оценку состоятельности) поверхностных, глубоких и перфорантных вен в положении пациента стоя [89,104].

УДД 3 УУР С

Комментарий. Исследование рефлюкса крови в положении лежа может давать как ложно-положительные, так и ложно-отрицательные результаты [98]. При необходимости (пациент не может стоять необходимое для обследования время) вены ниже середины бедра можно лоцировать в положении сидя с полусогнутой расслабленной ногой. Исследование в положении пациента лежа проводят для оценки глубокого венозного русла нижних конечностей, вен полости малого таза и забрюшинного пространства. При исследовании в положении лежа для оценки рефлюкса головной конец кушетки должен быть приподнят до угла в 45°.

- Для оценки состоятельности сафено-фemorального соустья (СФС), проксимального сегмента большой подкожной вены (БПВ) и общей бедренной вены (ОБВ) рекомендованы проба Вальсальвы и дистальные компрессионные пробы в вертикальном положении пациента [75,76,78].

УДД 5 УУР С

Комментарий. Рефлюкс оценивают при проведении маневра Вальсальвы (задержка дыхания с натуживанием для повышения внутрибрюшного давления) и дистальных компрессионных проб (как ручных, так и с помощью пневматической манжеты). Пробу Вальсальвы применяют для оценки состояния сафенофemorального соустья и проксимального сегмента общей бедренной вены.

- Венозные сегменты, расположенные дистальнее проксимального сегмента БПВ и ОБВ, рекомендовано оценивать с помощью дистальных компрессионных проб [75,76,78].

УДД 5 УУР С

- Рекомендуется использовать имитацию ходьбы или периодическое напряжение пациентом мышц голени в качестве вспомогательных приемов для оценки особенностей гемодинамики вен нижних конечностей [75,76,78].

УДД 5 УУР С

Комментарий. *Для имитации ходьбы пациент переносит вес с исследуемой конечности на другую, сохраняя опору на пятку, и совершает тыльные сгибания стопы при фиксированной пятке.*

- Рекомендуется считать патологическим рефлюкс продолжительностью более 0,5 секунды для подкожной венозной системы, берцовых вен, вен икроножных мышц и глубокой вены бедра, и более 1 секунды для общей бедренной, бедренной и подколенной вен [75,76,104].

УДД 3 УУР С

- Не рекомендуется считать патологическим рефлюкс продолжительностью более 0,5 сек при отсутствии варикозного расширения подкожных вен [75,76,78].

УДД 5 УУР С

Комментарий. *Описанные изменения целесообразно трактовать как «функциональные» и проводить оценку клинической и ультразвуковой картины в динамике. Наличие рефлюкса продолжительностью более 0,5 сек. при отсутствии варикозного расширения подкожных вен не является безусловным основанием для назначения инвазивного лечения.*

- Рекомендуется у пациента с ХЗВ считать гемодинамически значимой несостоятельность перфоранта только в том случае, если он является непосредственной и единственной точкой выхода рефлюкса в варикозно расширенные подкожные вены [75,76,78].

УДД 5 УУР С

Комментарий. *Оценку гемодинамического значения перфорантных вен рекомендовано проводить только с учетом клинической картины и анатомического варианта ВБНК. В настоящее время точно не определены критерии несостоятельности перфорантных вен.*

Данные исследований противоречивы. Продолжительность рефлюкса в 0,35 и 0,5 секунды были предложены, при диаметре не менее 3,5 мм [89,104]. Однако ни один из ультразвуковых параметров (диаметр, продолжительность рефлюкса, двунаправленный кровоток) не может быть основанием для признания определенной перфорантной вены несостоятельной. Даже несостоятельные (по данным ультразвукового сканирования) перфорантные вены при физической нагрузке продолжают выполнять свою естественную дренирующую функцию. Оценку гемодинамического значения перфорантной вены проводит клиницист с учетом клинической картины. Необходимо помнить, что вмешательство на перфорантных венах осуществляется выборочно, особенно при наличии патологического рефлюкса по магистральным подкожным венам и их притокам, устранение которых может значительно сократить продолжительность рефлюкса через перфорант. Однозначно говорить о гемодинамической значимости некомпетентной перфорантной вены можно только в том случае, если она является непосредственной и единственной точкой входа рефлюкса в варикозно расширенные подкожные вены.

- Рекомендуется определить и указать в заключении [75,76,78]:
 - источник рефлюкса по несостоятельной БПВ, малой подкожной вене (МПВ) или ПДПВ (передней добавочной большой подкожной вене) (соустье с глубокими венами, перфорантная вена, промежностные вены и т.п.);
 - диаметры несостоятельной БПВ в вертикальном положении на уровне СФС; в средней трети бедра; в верхней трети голени, в средней трети голени;
 - протяженность рефлюкса по БПВ в вертикальном положении (от ... и до...);
 - вариант строения несостоятельной БПВ
 - диаметры несостоятельной МПВ в вертикальном положении на уровне сафено-поплитеального соустья (СПС), в верхней и средней трети голени;
 - протяженность рефлюкса по МПВ в вертикальном положении (от ... и до...);
 - наличие, локализацию и диаметр в вертикальном положении несостоятельных перфорантных вен бедра и голени, имеющих связь с варикозно измененными подкожными венами.

УДД 5 УУР С

Комментарий. У пациентов, которым планируется то или иное хирургическое вмешательство целесообразно отразить в заключении наличие индивидуальных анатомических особенностей (истинные удвоения, локальные расширения, существенные изгибы магистральных вен, рефлюкс по магистральной вене при состоятельном

остиальном клапане и т.п.). Измерение и фиксация диаметров вен может регламентироваться протоколом ЛПУ.

2.6.2. Дополнительные инструментальные методы диагностики.

- Рекомендуется выполнение дополнительных инструментальных методов обследования (флебография, МРТ-венография, КТ-венография) у пациентов с ХЗВ при подозрении на вторичный характер варикозной трансформации поверхностных вен, наличие ангиодисплазии или подозрении на сочетание первичного варикозного расширения вен конечности и проксимальной венозной обструкции [75,76,78].

УДД 5 УУР С

- Ультразвуковая доплерография (А04.12.002.002 Ультразвуковая доплерография вен нижних конечностей) не рекомендуется в качестве самостоятельного метода диагностики у пациентов с ХЗВ [75,76,78].

УДД 5 УУР С

Комментарий. При доплерографии получают звуковую информацию, позволяющую судить о наличии или отсутствии кровотока. По изменению звуковых сигналов при проведении функциональных тестов можно вынести заключение о направлении кровотока, т.е. обнаружить рефлюкс крови. В то же время, доплерография не дает никакой информации об анатомии венозного русла, что не позволяет рекомендовать ее в качестве самостоятельного метода исследования у пациентов, которым планируется хирургическое вмешательство [105,106].

- Не рекомендуется использование плетизмографии у пациентов с ХЗВ вне рамок научных исследований [75,76,78].

УДД 5 УУР С

2.7. Иные диагностические исследования

- Для оценки тяжести ХЗВ рекомендуется использовать шкалу VCSS [75,76,78].

УДД 5 УУР С

Комментарий. Шкала оценки тяжести ХЗВ известна в мировой литературе, как VCSS (Venous Clinical Severity Score) [107,108]. В шкале используют ряд клинических признаков, которым присваивают балльный эквивалент в зависимости от их выраженности (Приложение Г1, «VCSS - шкала оценки тяжести ХЗВ»). Сумма баллов отражает тяжесть патологии – чем больше баллов, тем тяжелее течение ХЗВ. Изменение суммы

баллов в динамике позволяет оценивать степень прогрессирования заболевания или эффективность лечебных мероприятий.

- Рекомендуется использовать для оценки качества жизни пациентов с ХЗВ специализированные опросники (общие и веноспецифические) [75,76,78].

УДД 5 УУР С

Комментарий. В настоящее время для русскоязычных пациентов валидирован веноспецифический опросник качества жизни CIVIQ (Приложение Г3. Опросник CIVIQ для оценки качества жизни пациента с хроническим заболеванием вен) и общий опросник качества жизни SF36 (Приложение Г4. Опросник SF36 для оценки качества жизни пациента с хроническим заболеванием) [109,110]. Оценка качества жизни по опроснику SF36 требует применения специальной методики расчетов, простой подсчет баллов не допустим.

3. Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапии, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения

3.1. Компрессионное лечение

Эластическая компрессия нижних конечностей (компрессионная терапия) играет ключевую роль в консервативном лечении заболеваний вен. Она может быть использована самостоятельно или в дополнение к инвазивным вмешательствам.

Цели компрессионной терапии:

- Уменьшение выраженности или устранение субъективных симптомов ХЗВ;
- Профилактика развития и уменьшение выраженности отеков;
- Уменьшение проявлений липодерматосклероза;
- Ускорение заживления и профилактика рецидива трофических язв;
- Снижение уровня болей и сокращение сроков реабилитации после инвазивного лечения по поводу варикозного расширения вен;
- Повышение качества жизни за счет уменьшения выраженности или устранения субъективных симптомов ХЗВ и объективных проявлений ХВН.

Противопоказания к компрессионной терапии [111]:

- Тяжелые формы ХОЗАНК с ЛПИ $<0,6$, или давлением на лодыжке <60 мм. рт. ст., или давлением на большом пальце <30 мм. рт. ст., или транскутанным напряжением кислорода <20 мм. рт. ст.
- Предполагаемое сдавление подкожных артериальных шунтов
- Тяжелая сердечная недостаточность (NYHA IV)
- Сердечная недостаточность NYHA III при отсутствии объективных показаний и клинико-гемодинамического мониторинга
- Подтвержденная аллергия на материал

Перед назначением компрессии у пациентов с ХЗВ класса всегда нужно оценивать соотношение риска и пользы с учетом возможного негативного влияния на артериальный кровоток и аллергии на компоненты компрессионных изделий. Следует учитывать, что несмотря на назначения врачей, многие пожилые пациенты не используют компрессионный трикотаж, а в значительной части случаев требуется посторонняя помощь для его надевания [112,113]. Устройства для надевания значительно улучшают способность пожилых пациентов с ХЗВ успешно использовать компрессионные чулки [114].

- Не рекомендуется отдавать предпочтение какому-либо определенному типу компрессионных изделий для проведения компрессионной терапии у пациентов с ХЗВ [115–117].

УДД 2 УУР В

Комментарий. *На сегодняшний день недостаточно сравнительных исследований различных видов компрессионных изделий и режимов их применения. Для предметных рекомендаций требуется дальнейшее изучение этого вопроса [118].*

- Эластичная компрессия рекомендуется пациентам с ХЗВ С2-С6 для устранения субъективных симптомов [115–117].

УДД 2 УУР В

Комментарий. *Несмотря на ограниченное количество крупных рандомизированных контролируемых исследований, сегодня накоплено большое количество нерандомизированных исследований, свидетельствующих об уменьшении выраженности венозной симптоматики и улучшении качества жизни у пациентов с ХЗВ, использующих компрессионное лечение [119–123], при этом величина компрессии на уровне лодыжки должна составлять от 10 до 30 мм. рт. ст.*

- Рекомендуется использование эластической компрессии (А15.12.002 Эластическая компрессия нижних конечностей) у пациентов с ХЗВ для устранения отеков [120,124–129].

УДД 2 УУР А

Комментарий. *Использование МЭКИ даже низкого давления (10–20 мм. рт. ст.) способно уменьшить симптомы ХЗВ и отеки. Уровень давления должен быть адаптирован к тяжести заболевания и ограничен самым низким давлением, приводящим к облегчению симптомов и отеков. Это также улучшит комплаентность пациента. При наличии массивного отека целесообразно начинать лечение с бандажей для редукции отека с последующим переходом на компрессионный трикотаж.*

- Рекомендуется использование эластической компрессии (А15.12.002 Эластическая компрессия нижних конечностей) для предотвращения отеков у пациентов с ХЗВ и здоровых людей, подверженных риску отека ног (во время длительных перелетов, профессиональный отек ног) [124,125,130].

УДД 1 УУР А

- Рекомендуется использование эластической компрессии (A15.12.002 Эластическая компрессия нижних конечностей) у пациентов с ХЗВ С4 для уменьшения кожных изменений [125].

УДД 5 УУР С

Комментарий. Для пациентов с трофическими расстройствами оптимальным служит применение трикотажа 2-го или 3-го класса или бандажей из коротко(не)растяжимых бинтов. Рандомизированные клинические исследования по использованию компрессионного трикотажа при трофических изменениях кожных покровов при ХЗВ не проводились, рекомендация основывается на данных экспериментальных работ, демонстрирующих улучшение микроциркуляции и оксигенации покровных тканей на фоне применения компрессии.

- Рекомендуется использование эластической компрессии (A15.12.002 Эластическая компрессия нижних конечностей) у пациентов с липодерматосклерозом для уменьшения его выраженности [125,131].

УДД 2 УУР В

Комментарий. Применение МЭКИ до колена уменьшает площадь липодерматосклероза у пациентов с зажившими венозными язвами. У пациентов, применявших компрессионные гольфы, площадь липодерматосклероза достоверно уменьшилась по сравнению с контрольной группой через 6 и 12 месяцев

- Рекомендуется использование эластической компрессии (A15.12.002 Эластическая компрессия нижних конечностей) у пациентов с ХЗВ С5 для профилактики рецидива трофических язв. [132,133].

УДД 1 УУР А

Комментарий. В рамках систематического обзора было показано, что использование эластической компрессии в сравнении с ее отсутствием ассоциируется со снижением риска рецидива трофической язвы на 54% (ОР, 0,46; 95% ДИ, 0,27-0,76). При этом достоверное преимущество 3 класса компрессии перед 2 классом было выявлено только на сроке наблюдения до 3 лет, но не до 5 лет.

- С целью устранения или уменьшения симптомов ХЗВ или проявлений ХВН рекомендуется использование компрессионных изделий у пациентов с ХЗВ, которые ожидают оперативного пособия, или у пациентов, которым хирургическое вмешательство не планируется [115,116].

УДД 3 УУР С

- Не рекомендуются компрессионные изделия в качестве средства профилактики рецидива варикозного расширения вен после проведенного лечения у пациентов с ХЗВ [115].

УДД 3 УУР С

Комментарий. Систематический обзор литературы показал, что сегодня нет убедительных доказательств замедления прогрессирования варикозного расширения вен нижних конечностей в результате проведения компрессионной терапии [115]. Между тем, в одном РКИ низкого качества было продемонстрировано снижение частоты рецидива варикозных вен через 1 год после флебэктомии с 71% до 6% на фоне использования компрессионного трикотажа [134]. Таким образом, требуются дополнительные исследования для уточнения этого вопроса.

- Эластичная компрессия не менее одной недели рекомендована после открытого хирургического лечения варикозных вен для снижения риска послеоперационных осложнений [115,116,135].

УДД 1 УУР А

Комментарий. Метаанализ, включивший результаты 4 РКИ, показал, что компрессионная терапия после открытого хирургического лечения варикозного расширения вен снижает послеоперационный болевой синдром, количество осложнений и ускоряет возврат к труду. При этом результаты компрессии в течение одной недели были сопоставимы с более длительной продолжительностью ее применения (3-6 недель) [136,137]. Результаты более позднего РКИ подтвердили, что использование компрессионного трикотажа в течение 7 дней после флебэктомии в сравнении с применением компрессионного биндажа в течение 24 часов ассоциируется с достоверным уменьшением выраженности послеоперационных болей [135]. Улучшить результаты хирургического лечения могут как эластичные чулки, так и бинты [138,139].

- Рекомендуется применение компрессионного трикотажа (чулок) после выполнения эндовенозных термических вмешательств на подкожных венах с целью уменьшения послеоперационного болевого синдрома [115,116,140–142].

УДД 2 УУР В

Комментарий. Литературные данные свидетельствуют о том, что применение компрессионного трикотажа с давлением 35 мм.рт.ст. после ЭВЛО в течение одной недели способствовало уменьшению болевого синдрома, а также улучшению качества жизни оперированных пациентов, по сравнению с двухдневной компрессией [140].

Применение компрессионных трикотажа с давлением 23-32 мм.рт.ст. после РЧО в течение 4 часов снижало количество осложнений и объем оперированной конечности [141]. В то же время интерпретировать результаты этих исследований стоит с осторожностью. Необходимость, длительность и степень компрессии после эндовенозных термических вмешательств требует дальнейшего изучения и в настоящий момент может определяться предпочтениями врача. При отсутствии в послеоперационном периоде болей, симптомов ХЗВ и проявлений ХВН применение эластической компрессии не является необходимой мерой.

- Рекомендуется использовать компрессионный трикотаж или эластичное бинтование после пенной склеротерапии вен [115,116,143].

УДД 3 УУР С

Комментарий. *Согласно различным исследованиям, отмечается положительное влияние компрессионной терапии после склеротерапии в отношении снижения пигментации и улучшения косметического эффекта [115,116]. Тем не менее, остается открытым вопрос в отношении продолжительности и степени компрессионной терапии. Так, не было разницы по эффективности, количеству флебитов, изменению цвета кожи, качеству жизни, уровню болевого синдрома при сравнении применения компрессии в течение 24 часов и 5 суток [144]. В рамках систематического обзора было показано, что использование компрессионного трикотажа с давлением 35 мм. рт. ст. в сравнении с 23 мм. рт. ст. после пенной склеротерапии стволов и минифлебэктомии ассоциируется с уменьшением выраженности основных симптомов (боль, жжение, нарушение чувствительности, тяжесть). Первые данные РКИ CONFETTI подтверждают пользу от использования компрессионного трикотажа 2 класса в течение 7 дней после пенной склеротерапии варикозных притоков в отношении выраженности болевого синдрома, но не других побочных эффектов и осложнений [145,146]. Необходимы дальнейшие рандомизированные контролируемые исследования для установления роли компрессии после пенной склеротерапии крупных вен. На сегодняшний день показания к ее применению и режим компрессии не могут быть регламентированы.*

- Рекомендуется использовать компрессионный трикотаж для устранения симптомов ХЗВ у беременных [147,148].

УДД 2 УУР В

Комментарий. *В проспективном рандомизированном исследовании не было выявлено снижения риска развития варикозного расширения вен нижних конечностей у женщин, носивших компрессионные трикотаж с давлением 18-32 мм. рт. ст. во время*

беременности [148]. В то же время, было отмечено статистически значимое снижение частоты развития патологического рефлюкса по большим подкожным венам, а также улучшение венозной симптоматики. Необходимы дальнейшие исследования применения эластической компрессии у беременных женщин.

- Рекомендуется применение эластичного компрессионного трикотажа с давлением у лодыжки 10 – 30 мм. рт. ст. с целью профилактики бессимптомных ТГВ, ТПВ и отеков при длительных перелетах (продолжительность не менее 5 часов) [130,149].

УДЦ 1 УУР А

3.2. Фармакотерапия

3.2.1. Общие положения

3.2.1.1. Препараты для медикаментозной терапии при ХЗВ

В систематических обзорах и клинических исследованиях по фармакотерапии ХЗВ изучен широкий круг лекарственных средств, часть из которых не зарегистрирована в Российской Федерации (РФ). В настоящих рекомендациях рассматриваются только препараты, имеющие регистрацию в РФ и представленные в Государственном реестре лекарственных средств (ГРЛС) [150].

В фармакотерапии ХЗВ применяются препараты, относящиеся к различным группам АТХ. Объединяет эти препараты доказанная эффективность в достижении целей фармакотерапии (см. пункт 3.2.1.2 «Цели фармакотерапии при ХЗВ»). В таблице 4 приведено соответствие принятых в научных публикациях непатентованных наименований препаратов (групп препаратов) для терапии ХЗВ международным непатентованным наименованиям и группам по анатомо-терапевтической химической классификации (АТХ). Для удобства эти препараты в целом далее по тексту именуются как флеботропные лекарственные средства (ФЛС).

Таблица 4. Соответствие принятых в научных публикациях наименований препаратов (групп препаратов) международным непатентованным наименованиям и группам по анатомо-терапевтической химической классификации (АТХ).

Международное непатентованное или группировочное химическое наименование	или или	Код препарата в АТХ ^а	Группа в АТХ	Непатентованное наименование препарата (группы препаратов) в систематических обзорах и клинических исследованиях
--	------------	----------------------------------	--------------	--

Аскорбиновая кислота+Гесперидин метилхалкон+Иглицы колючей корневищ экстракт	C05CX Другие препараты, снижающие проницаемость капилляров	C05 Ангиопротекторы C05C Препараты, снижающие проницаемость капилляров C05CX Другие препараты, снижающие проницаемость капилляров, другие	Рускус + ГМХ + АК, Ruscus + НМС + АА, Ruscus extract, экстракт рускуса
Гептаминол+Гинкго двулопастного листьев экстракт+Троксерутин	C05CA54 Троксерутин, в комбинации с другими средствами	C05 Ангиопротекторы C05C Препараты, снижающие проницаемость капилляров C05CA Биофлавоноиды	Троксерутин
Гесперидин+Диосмин ^b	C05CA53 Диосмин, в комбинации с другими средствами		Диосмин + гесперидин
Диосмин	C05CA03 Диосмин		Диосмин
Очищенная микронизированная флавоноидная фракция (диосмин+флавоноиды в пересчете на гесперидин)	C05CA53 Диосмин, в комбинации с другими средствами		Микронизированная очищенная флавоноидная фракция (МОФФ, MPFF)
Отсутствует	C05CA51 Рутозид в комбинации с другими средствами		Рутозид

Конского каштана обыкновенного семян экстракт	C05CX03 Семена конского каштана	C05 Ангиопротекторы C05C Препараты, снижающие проницаемость капилляров C05CX Другие препараты снижающие проницаемость капилляров	Экстракт семян конского каштана
Кальция добезилат	C05BX01 Кальция добезилат	C05 Ангиопротекторы C05B Препараты для лечения варикозного расширения вен C05BX Другие веносклерозирующие препараты	Кальция добезилат
Сулодексид 	B01AB11 Сулодексид	B01 Антитромботические средства B01A Антитромботические средства B01AB Группа гепарина	Сулодексид

^aАТХ - анатомо-терапевтическая химическая классификация

^bК препаратам с МНН «Гесперидин+Диосмин», входящим в группу АТХ «C05CA53 Диосмин, в комбинации с другими препаратами», могут относиться препараты как с микронизированным, так и с немикронизированным диосмином.

3.2.1.2. Цели фармакотерапии при ХЗВ:

- Уменьшение выраженности или устранение субъективных симптомов ХЗВ;
- Профилактика развития и уменьшение выраженности венозных отеков;
- Уменьшение проявлений липодерматосклероза;
- Ускорение заживления трофических язв;
- Профилактика и лечение нежелательных (побочных) явлений после инвазивного лечения по поводу варикозного расширения вен;
- Повышение качества жизни за счет уменьшения выраженности или устранения субъективных симптомов ХЗВ и объективных проявлений ХВН.

3.2.1.3. Безопасность флеботропных лекарственных средств (ФЛС)

- Пероральные флеботропные препараты рекомендуются как безопасные средства устранения симптомов ХЗВ [151].

УДД 1 УУР А

Комментарий. *Имеющиеся данные позволяют судить о безопасности веноактивных препаратов только в короткие сроки наблюдения. Безопасность в средние и отдаленные сроки наблюдения на основании имеющихся данных оценена быть не может [151]. Доказательства умеренного качества свидетельствуют, что группа флеботропных средств повышает риск развития нетяжелых неблагоприятных эффектов в сравнении с плацебо (ОР 1,21 95%ДИ 1,05–1,41). Наиболее частыми побочными эффектами являются желудочно-кишечные расстройства [151]. Неблагоприятные явления чаще ассоциированы с приемом рутозидов (АТХ: рутозид в комбинации с другими средствами) и добезилата кальция. Некоторые побочные эффекты могут выпасть из анализа данных в систематических обзорах ввиду короткого периода наблюдения и малого количества пациентов во включаемых исследованиях. В частности, в одном исследовании случай-контроль относительный риск развития агранулоцитоза, ассоциированного с приемом добезилата кальция, составил 39,55 (95% ДИ, 17,96-77,49) при частоте в 1,21 случай на 10 000 пациенто-лет [152]. В другом исследовании ОР агранулоцитоза при приеме добезилата кальция составил 77,84 (95% ДИ, 4,50 -1346,2) [153]. В систематическом обзоре с метаанализом данных применения сулодексида при ХЗВ риск нежелательных явлений (НЯ) не отличался между сулодексидом и плацебо (ОР 1,31, 95% ДИ 0,74–2,32; 270 участников). Общий риск НЯ при приеме сулодексида был низким: 3% (95% ДИ 1–4%) по оценке 3656 участников.*

3.2.2. Эффективность пероральных флеботропных средств в отношении симптомов ХЗВ

Не следует экстраполировать эффективность одного препарата, продемонстрированную в РКИ, на другие препараты такого же состава или схожие, поскольку формальные регистрационные документы, получаемые производителями дженериковых или сходных средств, не основаны на данных исследований о клинической эффективности этих препаратов. При отсутствии результатов РКИ эффективности того или иного препарата следует тщательно анализировать результаты исследований с меньшим уровнем доказательности, придерживаясь того же принципа недопустимости экстраполяции.

3.2.2.1. Устранение или ослабление симптомов ХЗВ

- Для фармакологического уменьшения выраженности венозных симптомов у пациентов с ХЗВ рекомендуется применение препаратов: гесперидин+диосмин, диосмин, кальция добезилат, МОФФ, рутозиды (АТХ: С05СА51, Рутозид в комбинации с другими средствами), экстракт семян конского каштана (МНН: конского каштана обыкновенного семян экстракт), **экстракт рускуса** (Рускус + ГМХ + АК) (МНН: Аскорбиновая кислота+Гесперидин метилхалкон+Иглицы **колючей корневидный экстракт**) [1,154,155].

УДД 1 УУР А

Комментарий 1. По данным Кохрейновского систематического обзора от 2020 года ФЛС обладают ограниченной активностью в отношении некоторых венозных симптомов и венозного отека [151]. В данном обзоре эффективность ФЛС оценена в отношении только 7 симптомов (боль, судороги, синдром беспокойных ног, зуд, тяжесть, ощущение отека, парестезии (ощущение покалывания, ощущение жжения), препараты, содержащие диосмин (гесперидин+диосмин, диосмин, МОФФ) не разделены по составу и структурным формам и описаны в группе препаратов, содержащих диосмин. Данные этого обзора по эффективности препаратов, содержащих диосмин (включая МОФФ) в отношении парестезий и ощущения жара/жжения (эффективность не установлена) не согласуются с данными более раннего систематического обзора РКИ по эффективности в отношении указанных симптомов МОФФ (эффективность установлена) [156].

Комментарий 2. Очищенная микронизированная флавоноидная фракция (диосмин+флавоноиды в пересчете на гесперидин) (МОФФ, MPFF). По данным систематического обзора плацебо-контролируемых РКИ с двойным ослеплением 2018 г., а также систематического обзора 2017 г. по применению МОФФ у пациентов с ХЗВ, показана эффективность данного препарата в отношении: боли в ногах, тяжести, ощущения отека, судорог, парестезий, жара/жжения и функционального дискомфорта [156,157]. В проспективном международном многоцентровом несравнительном исследовании RELIEF показана эффективность МОФФ в отношении боли, ощущении отека, судорог, а так же в улучшении качества жизни по веноспецифическому опроснику CIVIQ [158].

Комментарий 3. В Кохрейновском систематическом обзоре с метаанализом показана эффективность экстракта семян конского каштана в отношении венозной боли и зуда [154].

Комментарий 4. Экстракт рускуса (Рускус + ГМХ + АК, Ruscus + НМС + АА). В большинстве клинических исследований и систематических обзоров экстрактом рускуса обозначается трехкомпонентный препарат, состоящий из экстракта корневищ иглицы колючей (рускус), геспередина метилхалкона и аскорбиновой кислоты. В систематических обзорах РКИ доказана эффективность этого препарата в отношении боли, судорог, тяжести, ощущения отека, утомляемости, парестезий, зуда. [155,159]

Комментарий 5. Эффективность ряда ФЛС изучена в зонтичном обзоре систематических обзоров от 2022 г [160]. Проведен анализ обзоров, включавших МОФФ, Рускус+ГМХ+АК, гидроксиэтилрутозиды (АТХ: C05CA51, Рутозид в комбинации с другими средствами), диосмин, экстракт семян конского каштана, сулодексид. Подтверждена эффективность ряда ФЛС в отношении некоторых симптомов ХЗВ: боль (МОФФ, экстракт семян конского каштана, экстракт рускуса), тяжесть (МОФФ, экстракт рускуса, гидроксиэтилрутозиды) (АТХ: C05CA51, Рутозид в комбинации с другими средствами), ощущение отека (МОФФ, экстракт рускуса), парестезии (МОФФ, экстракт рускуса), судороги (МОФФ, гидроксиэтилрутозиды) (АТХ: C05CA51, Рутозид в комбинации с другими средствами), жжение (МОФФ), зуд (экстракт семян конского каштана). 

- Для фармакологического уменьшения выраженности венозных симптомов у пациентов с ХЗВ рекомендуется применение сулодексида [161].

УДД 2 УУР В



Комментарий. Эффективность сулодексида в отношении венозных симптомов обобщена в систематическом обзоре с метаанализом данных сравнительных и несравнительных исследований [161]. Установлена эффективность сулодексида в уменьшении боли, судорог, чувства тяжести, отеков. В проспективном многоцентровом несравнительном наблюдательном исследовании ALLEGRO показана эффективность сулодексида в отношении 11 венозных симптомов у пациентов с ХЗВ C3-C4 [162–164].

- Не рекомендуется применение ФЛС у пациентов с бессимптомным течением ХЗВ без венозной недостаточности [75,78,151].

УДД 1 УУР А

Комментарий. При наличии ХВН применение ФЛС может быть направлено не на устранение симптомов, а на проявления ХВН (венозный отек, липодерматосклероз, венозная язва).

- В жаркое время года у пациентов с субъективными симптомами ХЗВ рекомендуется рассмотрение монотерапии препаратами гесперидина+диосмина, без назначения компрессионной терапии [165].

УДЗ УУР В

3.2.2.2. Лечение венозных отеков

- Для фармакологического уменьшения венозных отеков у пациентов с ХЗВ рекомендуется применение препаратов на основе диосмина, рутозидов (АТХ: рутозид в комбинации с другими средствами), экстракта рускуса (Рускус + ГМХ + АК) [151,155].

УД1 УУР А

Комментарий 1. Эффективность ФЛС в отношении венозного отека в Кохрейновском обзоре 2020 года исследована по трем показателям: отек (дихотомическая переменная), окружность щиколотки, объем голени [151]. Непротиворечивые по трем указанным параметрам данные получены только в отношении препаратов на основе диосмина. По добезилату кальция и рутозидам (АТХ: рутозид в комбинации с другими средствами) данные противоречивы. Эффективность экстракта листьев красного винограда (БАД) в данном обзоре не изучалась.

Комментарий 2. Эффективность в отношении венозных отеков МОФФ, диосмина и рутозидов (АТХ: рутозид в комбинации с другими средствами) была показана в систематическом обзоре с метаанализом от 2012 г. [166]. Для МОФФ дополнительные данные об эффективности в отношении венозного отека получены в проспективном международном многоцентровом несравнительном исследовании RELIEF (оценка проводилась по длине окружности щиколотки) [158]. Эффективность в отношении отека экстракта семян конского каштана показана в Кохрейновском систематическом обзоре с метаанализом 2012 г. (оценка по уменьшению объема голени, длины окружности голени и щиколотки) [154]. Эффективность в отношении отека экстракта рускуса (Рускус + ГМХ + АК) показана в двух систематических обзорах РКИ [155,159].

Комментарий 3. В зонтичном обзоре систематических обзоров от 2022 г. в отношении отека показана эффективность МОФФ, экстракта рускуса, экстракта семян конского каштана, гидроксипрутозидов (АТХ: C05CA51, Рутозид в комбинации с другими средствами) [160].

- Для фармакологического уменьшения венозных отеков у пациентов с ХЗВ рекомендуется применение сулодексида [161]. 

УДД 2 УУР В

Комментарий. Эффективность сулодексида в отношении отека показана в систематическом обзоре с метаанализом 2020 года [161], а также в проспективном многоцентровом несравнительном наблюдательном исследовании ALLEGRO [162–164].

3.2.2.3. Ускорение заживления венозной трофической язвы и уменьшение выраженности трофических расстройств

- Для фармакологического ускорения заживления венозных трофических язв у пациентов с ХЗВ рекомендуется применение МОФФ (МНН: очищенная микронизированная флавоноидная фракция (диосмин+флавоноиды в пересчете на гесперидин) или #сулодексида перорально (250 или 00 ЛЕ 2 раза в день) в дополнение к компрессионной терапии [167,168].

УДД 1 УУР А



Комментарий. В Кохрейновском систематическом обзоре 2016 года на основании метаанализа данных 4 РКИ показано увеличение частоты заживления венозных язв при добавлении к местной терапии #сулодексида (ОР 1,66; 95% ДИ 1,30 - 2,12) [168]. По результатам метаанализа 5 РКИ применение МОФФ на протяжении 6 месяцев в дополнение к стандартной терапии повышает шанс на заживление венозной трофической язвы на 32% (95%ДИ, 3% - 70%), а также достоверно сокращает средний срок заживления с 21 до 16 недель [167]. По результатам сетевого мета-анализа адъювантная терапия #сулодексидом продемонстрировала максимальную вероятность быть лучшим лечением, обеспечивающим полное заживление язвы, в сравнении с МОФФ и пентоксифиллином. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33983078/> В Кохрейновском обзоре от 2020 г. проведен анализ публикаций по эффективности в лечении венозных язв кальция добезилата, диосмина, рутозидов. Подтверждения эффективности указанных препаратов не получено. Исследования по #сулодексиду в указанный обзор не включались. В рекомендациях зарубежных профессиональных сообществ на протяжении ряда лет предлагается использовать МОФФ и #сулодексид в лечении длительно незаживающих или больших венозных язв в дополнение к компрессионной терапии [78,169].

В зонтичном обзоре систематических обзоров от 2022 г. в отношении ускорения заживления венозных язв показана эффективность МОФФ и #сулодексида. По эффективности гидроксипентоксифиллинов (АТХ: C05CA51, Рутозид в комбинации с другими средствами) получена противоречивая информация [160].

- Для фармакологического уменьшения выраженности трофических нарушений у пациентов с ХЗВ рекомендуется применение препаратов на основе диосмина

(МНН: Гесперидин+Диосмин и Очищенная микронизированная флавоноидная фракция (диосмин+флавоноиды в пересчете на гесперидин)) [151].

УДД 1 УУР А

Комментарий. Эффективность препаратов, содержащих диосмин, в отношении выраженности трофических расстройств показана в Кохрейновском обзоре 2020 г, качество доказательств оценивается как «умеренное» [151]. Эти данные подтверждаются дополнительным анализом чувствительности с исключением исследований с использованием компрессии. Также в ранее выполненном метаанализе 7 РКИ показано достоверное уменьшение гиперемии кожи (ОР, 0,50; 95% ДИ, 0,27-0,94) и трофических изменений (ОР, 0,18; 95% ДИ, 0,07-0,46) на фоне применения МОФФ [156].

- Для фармакологического уменьшения выраженности трофических нарушений у пациентов с ХЗВ рекомендуется применение сулодексида [161].

УДД 2 УУР В

Комментарий. Систематический обзор с метаанализом по влиянию сулодексида на некоторые симптомы и проявления ХЗВ доказывает его эффективность в отношении нарушения окраски кожи в зоне трофических расстройств [161]. В проспективном многоцентровом несравнительном наблюдательном исследовании ALLEGRO показана эффективность сулодексида в отношении объективных проявлений ХВН (отек, индурация, гиперпигментация) [162–164].

3.2.2.4. Профилактика и лечение нежелательных (побочных) явлений после вмешательств на венах нижних конечностей

- Рекомендуется периоперационное применение МОФФ с целью уменьшения кровоизлияний, послеоперационной боли и венозных симптомов у пациентов с ХЗВ [170].

УДД 2 УУР С

Комментарий. Вошедшие в систематический обзор исследования относились к разным вмешательствам («открытая» хирургия варикозной болезни (перевязка и обнажение варикозных вен), эндовенозная термооблитерация (ЭВЛО и РЧО), склерооблитерация), имели значительные различия по дизайну, проводились без ослепления. В четырех из пяти исследований продемонстрирована эффективность по указанным признакам, в одном эффективность не показана. Во всех исследованиях использована МОФФ, в одном исследовании дополнительно применялся сулодексид. Результаты приведенных исследований требуют подтверждения в крупных и более методологически РКИ.

- Рекомендуется рассмотреть целесообразность применения #сулодексида перорально (250 или 500 ЛЕ 2 раза в день) с целью снижения выраженности гиперпигментаций при проведении склерооблитерации телеангиэктазов и ретикулярных вен (удалении телеангиоэктазий) [162–164,171]

УДД2 УУРС

Комментарий. В рамках единственного РКИ было показано снижение частоты, площади и интенсивности гиперпигментации через 1 месяц после склеротерапии телеангиэктазов и ретикулярных вен на фоне применения #сулодексида. Между тем, через 3 месяца наблюдения достоверные различия отсутствовали, несмотря на продолжающуюся терапию [171]. Целесообразность применения ФЛС с целью снижения выраженности гиперпигментаций при проведении склеротерапии вен малого калибра с косметической целью в значительной степени зависит от предпочтительных для пациента сроков начала и проведения склерооблитерации, стоимости перипроцедурального курса лекарственной терапии. Применение ФЛС не влияет на конечный результат склероблитерации вен малого калибра с косметической целью.

3.2.3. Применение флеботропных лекарственных средств у беременных женщин и при лактации

- Применение ФЛС во время беременности с целью ослабления веноспецифических симптомов рекомендуется только в случае информирования беременной об отсутствии высококачественных свидетельств эффективности и безопасности данных препаратов и при неэффективности нефармакологических средств устранения венозных симптомов [171].

УДД4 УУРС

Комментарий 1. Эффективность различных воздействий с целью устранения веноспецифических симптомов и отеков, ассоциированных с наличием варикозно измененных вен, у беременных изучена в Кохрейновском систематическом обзоре от 2015 г. По заключению авторов, на основании всего одного исследования получены доказательства умеренного качества об эффективности рутозидов (АТХ: C05CA51, Рутозид в комбинации с другими средствами) в отношении симптомов ХЗВ [147]. Следует учитывать, что в систематических обзорах безопасность ФЛС может быть оценена только на коротких сроках наблюдения и на ограниченных по численности группах. Наиболее качественные данные по безопасности применения ФЛС во время беременности на сегодняшний день представлены в ретроспективном исследовании от Lacroix I. с соавт. [172]. Это исследование охватило применение большого числа препаратов, но

наибольшую долю составили препараты с гесперидином и диосмином. Исследуемая группа составила 8998 беременных с назначением ФЛС, 1200 случаев – назначение ФЛС в период органогенеза, контрольная группа 27963 беременных без назначения ФЛС. Не выявлены неблагоприятные эффекты приема венотоников при беременности.

Комментарий 2. В инструкциях производителей различных ФЛС их применение во время беременности не рекомендуется, ограничивается либо допускается с формулировкой необходимости оценки ожидаемой пользы для матери и потенциального риска для плода. Вместе с тем такая оценка невозможна ввиду отсутствия качественной информации о рисках для плода и симптоматической направленности терапии. Перед назначением конкретного препарата следует уточнить возможность его применения во время беременности в актуальной инструкции к препарату, размещенной на сайте ГРЛС [150].

- Не рекомендуется назначать ФЛС в период грудного вскармливания [76,78].

УДД 5 УУР С

3.2.4. Режим приема и дозирования флеботропных лекарственных средств

- Рекомендуется назначать указанные производителем дозы флеботропных лекарственных препаратов и придерживаться рекомендуемой производителем продолжительности лечения [76,78].

УДД 5 УУР С

Комментарий. Превышение стандартных суточных доз не всегда повышает клинический эффект, но увеличивает частоту нежелательных побочных реакций. Вместе с тем ряд исследований свидетельствует, что в отдельных клинических ситуациях увеличение дозы флеботропного лекарственного препарата может повышать его терапевтическую эффективность. Доза и режим назначения веноактивного препарата могут быть изменены после документального обоснования и получения информированного согласия у пациента.

- Рекомендуется рассмотреть целесообразность продленного (вплоть до ликвидации или уменьшения проявлений ХВН) назначения ФЛС пациентам с проявлениями хронической венозной недостаточности (класс С3 – С6 по CEAP) [76,78]

УДД 4 УУР С

Целесообразно назначать флеботропные лекарственные средства в виде монотерапии, поскольку отсутствуют доказательства усиления терапевтического эффекта при одновременном приеме двух и более лекарственных препаратов, а сочетанное их

применение увеличивает вероятность развития нежелательных реакций.

3.2.5. Местные лекарственные формы в лечении ХЗВ

- Местные лекарственные формы (АТХ: C05BA53 Гепарин в комбинации с другими средствами), рекомендуется использовать у пациентов с наличием ХЗВ с целью быстрого купирования вено-специфичных симптомов [173–178].

УДД 4 УУР С

Комментарий. На сегодняшний день отсутствуют качественные плацебо-контролируемые РКИ по применению местных форм ФЛС. Авторы Кохрейновского систематического обзора по эффективности и безопасности ФЛС от 2020 г. не нашли исследований с местными средствами, соответствующих критериям включения в анализ [151].

Среди  всех топических средств наиболее изученным является комбинированный препарат на основе гепарина, эсцина и эссенциальных фосфолипидов (АТХ: C05BA53 Гепарин в комбинации с другими средствами), демонстрирующий значительное улучшение кожной микроциркуляции у пациентов с ХЗВ [173–175]. В рамках отдельных наблюдательных исследований его применение изолированно или в комплексе с ФЛС и компрессионной терапией ассоциировалось с достоверным снижением интенсивности вено-специфичных симптомов (тяжесть, утомляемость, боль, судороги, ощущение отечности), уменьшением объема голени и повышением качества жизни [177,178]. Следует учитывать, что, возможно, терапевтический эффект местных лекарственных препаратов связан с испарением летучих компонентов (локальная гипотермия) и массажем во время нанесения и втирания препарата.

- Рекомендуется рассмотреть целесообразность использования местных форм (АТХ: C05BA53 Гепарин в комбинации с другими средствами) при проведении склерооблитерации телеангиэктазов и ретикулярных вен с целью снижения частоты нежелательных реакций .[173–175,179,180].

УДД 3 УУР С

Комментарий. Отдельные исследования демонстрируют, что применение топических средств на основе эсцина, гепарина и эссенциальных фосфолипидов после склеротерапии и чрескожной лазерной коагуляции телеангиэктазов и ретикулярных вен способствует более быстрому исчезновению сосудистых элементов, а также снижает частоту возникновения экхимозов, флебитов, гиперпигментации и неоваскулогенеза.

- Рекомендуется рассмотреть целесообразность местного средства с индометацином и троксерутином (Код АТХ: M01AB51 (Индометацин в комбинации с другими средствами) в течение 10 дней с целью предотвращения или снижения выраженности ощущения натяжения в проекции облитерированной магистральной вены (симптом "струны") [181]

УДД 3 УУР В

- Не рекомендуется местное применение ФЛС у пациентов с бессимптомным течением ХЗВ [176,182] .

УДД 5 УУР С



Комментарий. На сегодняшний день целью местного применения ФЛС, является купирование вено-специфических симптомов. Поэтому, в отсутствие таких симптомов применение местных форм лекарственных средств, содержащих ФЛС, не рекомендуется.

3.3. Флебосклерозирующее лечение

Задачей склеротерапии является значительное повреждение эндотелия и субэндотелиальных структур, что приводит к образованию в просвете вены специфического сгустка крови, прекращению кровотока по ней и, в последующем, превращению вены в фиброзный тяж. Целью склеротерапии является не достижение тромбоза вены, который может реканализоваться, а фиброз (склероз) вены. В таком случае результат склеротерапии эквивалентен хирургическому лечению.

3.3.1. Показания к склеротерапии

- Выполнение склеротерапии рекомендуется для устранения варикозно измененных вен у пациентов с ХЗВ [183].

УДД 2 УУР А

Комментарий. При сравнении с плацебо внутривенные инъекции C05BB02 Полидоканола позволяют эффективно устранять варикозные вены на нижних конечностях [183]. Между тем, у пациентов без стволового рефлюкса при устранении варикозного синдрома одни исследования демонстрируют преимущества склеротерапии перед открытым хирургическим вмешательством в отношении клинических исходов [184], в то время как другие показывают более высокую частоту возникновения рецидивов в отдаленном периоде после склеротерапии [185].

- Склеротерапия рекомендуется для устранения несостоятельных перфорантных вен, служащих источником рефлюкса, у пациентов с ХЗВ [186–189].

УДД 2 УУР А

Комментарий. По данным систематического обзора с метаанализом 35 исследований выполнение склеротерапии для устранения несостоятельных перфорантных вен обеспечивает краткосрочный технический успех (30 дней) в 58% (95% ДИ, 48-68%) случаев после однократной сессии и 70% (53-84%) случаев при повторных инъекциях, а рейтинг долгосрочной окклюзии (12 мес.) достигает 83% (95% ДИ, 74-90%) при отсутствии повышенного риска развития осложнений [188]. По данным другого систематического обзора с метаанализом частота успешного заживления венозной трофической язвы после склеротерапии достигает 99,9% (95% ДИ, 81-100%) при сроках наблюдения до 1 года [189].

- Выполнение склеротерапии рекомендуется для устранения резидуальных варикозных вен после ранее выполненного вмешательства у пациентов с ХЗВ [190,191].

УДД 2 УУР В

- Выполнение склеротерапии рекомендуется для устранения рецидива варикозных вен после ранее выполненного вмешательства у пациентов с ХЗВ [192–194].

УДД 4 УУР С

- Выполнение склеротерапии рекомендуется для устранения варикозных вен с рефлюксом из вен малого таза у пациентов с ХЗВ [195,196].

УДД 4 УУР С

Комментарий. При наличии варикозного расширения вен, имеющего источником рефлюкс из вен таза, проведение склеротерапии возможно как изолированно, так и в сочетании с устранением рефлюкса в яичниковых венах и в системе БПВ [195,196].

- Выполнение склеротерапии рекомендуется пациентам с венозными ТЯ как при невозможности, нецелесообразности и при наличии противопоказаний к открытым и эндовазальным методам, в том числе у пациентов с тяжелой сопутствующей патологией, так и для ускорения заживления ТЯ при подготовке к хирургическому вмешательству [188,189,194,197–199].

УДД 2 УУР С

3.3.2. Противопоказания к склеротерапии

- Не рекомендуется использовать жидкую или пенную склеротерапию (абсолютные противопоказания) при наличии известной аллергии на склерозант, при остром тромбозе глубоких, поверхностных вен и/или тромбоэмболии легочной артерии, при наличии указаний на серьезные неврологические или сердечно-сосудистые осложнения после выполненной ранее склеротерапии, при наличии локального инфекционного процесса в зоне предполагаемой инъекции или генерализованной инфекции, при наличии острых и декомпенсированных системных заболеваний в тяжелой форме, при наличии критической ишемии нижних конечностей [200,201].

УДД 5 УУР С

Комментарий. Не рекомендуется выполнение склеротерапии в течение 12 недель с момента возникновения ТГВ и ТЭЛА, в течение 6 недель после возникновения ТПВ с умеренным или высоким риском перехода на глубокие вены или 2 недель после возникновения ТПВ с низким риском перехода на глубокие вены. Под серьезными неврологическими осложнениями понимают транзиторную ишемическую атаку, острое нарушение мозгового кровообращения и эпилептический припадок. Другие неврологические осложнения включают: временные расстройства зрения (мелькание мушек перед глазами, нарушения аккомодации, выпадение полей зрения, скотомы), речи, мигрень с аурой или без. Серьезные сердечно-сосудистые осложнения могут проявляться острым коронарным синдромом, жизнеугрожающими формами аритмии¹ и др. Под критической ишемией понимают наличие характерных клинических проявлений (боли покоя, трофические дефекты тканей), а также ЛПИ¹<0,5 и/или систолического артериального давления на берцовых артериях <50 мм. рт. ст. у пациентов с известным облитерирующим заболеванием артерий нижних конечностей.

- Не рекомендуется использовать пенную склеротерапию (абсолютное противопоказание) при наличии инструментально подтвержденного сброса крови справа-налево (открытое овальное окно) или при подтвержденном эпизоде развития серьезного неврологического осложнения после ранее выполненной склеротерапии [200,201].

УДД 5 УУР С

Комментарий. В рамках выполненного систематического обзора был идентифицирован 21 случай ОНМК или ТИА, ассоциированный с выполнением склеротерапии. При этом только в 11 случаях пациенты имели подтвержденный внутрисердечный сброс крови справа-налево, преимущественно в виде открытого овального окна. Также отмечено, что в 5 из 13 случаев подтвержденных ОНМК не были выявлены признаки

тромботической или воздушной окклюзии мозговых артерий [202]. В рамках экспериментального исследования, включившего 20 пациентов с подозрением на наличие респираторных или неврологических симптомов после пенной склеротерапии, обнаружение пузырьков воздуха в левых камерах сердца и сосудах головного мозга не влияло на частоту обнаружения нежелательных явлений [203]. Таким образом, доказанный факт шунтирования крови справа-налево не является обязательным условием возникновения осложнений. В литературе обсуждается механизм развития осложнений в виде спазма мозговых и коронарных сосудов, опосредованного эндотелином-1, освобождающимся из поврежденного при склеротерапии эндотелия [204]. В связи с этим современные рекомендации и консенсусы не поддерживают рутинное обследование пациентов на предмет наличия бессимптомного шунтирования крови справа-налево перед выполнением склеротерапии. [200,201]. Более того, при наличии подтвержденного бессимптомного открытого овального окна обсуждается вопрос выполнения склеротерапии при условии соблюдения техник, минимизирующих риск воздушной и тромботической эмболии сосудов головного мозга (рутинная фармакопрофилактика, использование жидкой формы склерозанта или пенной формы на основе смеси физиологических газов CO₂/O₂).

- Не рекомендуется рутинно использовать жидкую или пенную склеротерапию при беременности, лактации, при тяжелых формах облитерирующих заболеваний артерий нижних конечностей, при наличии декомпенсированной хронической патологии, при наличии высокого индивидуального риска ВТЭО (эпизоды ВТЭО в анамнезе, известная наследственная тромбофилия, активный рак, подтвержденное состояние гиперкоагуляции), при остром тромбозе подкожных вен [200].

УДД 5 УУР С

Комментарий. В указанных ситуациях применение склерооблитерации возможно в том случае, если проведена оценка баланса индивидуальной пользы лечения и рисков, с ним связанных, при этом ожидаемая индивидуальная польза значительно превышает индивидуальный риск.

3.3.3. Методы склеротерапии

- С целью проведения склеротерапии рекомендуется использовать препараты из группы веносклерозирующих препаратов (лауромакрогол-400 (АТХ: C05BB02 Полидоканол), натрия тетрадецилсульфат (АТХ: C05BB04)) у пациентов с ХЗВ [205].

УДД 1 УУР А

Комментарий. Натрия тетрадецилсульфат (АТХ: C05BB04) и лауромакрогол-400 (АТХ: C05BB02 Полидоканол), как в виде раствора, так и пены, обладают сходной эффективностью и переносимостью. Не было отмечено различий между двумя препаратами в отношении достижения исчезновения сосудов или побочных явлений [205]. В отдельных исследованиях была показана меньшая частота возникновения кожных реакций (в том числе, некрозов) на фоне использования C05BB02 Полидоканола по сравнению с натрия тетрадецилсульфатом при устранении вен мелкого калибра [206,207].

- Веносклерозирующие препараты для проведения склеротерапии рекомендуется использовать в виде раствора или пены у пациентов с ХЗВ [205].

УДД 1 УУР А

Комментарий. Проведенные мета-анализы не демонстрируют достоверных различий между склеротерапией варикозных вен с применением жидкой и пенной формы веносклерозирующих препаратов [205], однако, отдельные работы выявляют преимущества пенной над жидкой формой лауромакрогола-400 (АТХ: C05BB02 Полидоканол) при склеротерапии варикозно расширенных притоков [208], ствола БПВ [209–211], а также телеангиоэктазов и ретикулярных вен у пациентов с ожирением [212].

- После выполнения склеротерапии рекомендуется использование медицинского компрессионного трикотажа или компрессионного бандажа [138,143,144,213].

УДД 2 УУР В

- Рекомендуется использовать жидкую форму веносклерозирующих препаратов в концентрации, соответствующей диаметру сосуда, согласно инструкции производителя для проведения склеротерапии у пациентов с ХЗВ [200].

УДД 5 УУР С

Комментарий. Рекомендуемые производителем концентрации и объемы препарата являются ориентировочными и могут изменяться в соответствии с клинической ситуацией и опытом клинициста [200].

- Рекомендуется использовать ультразвуковое наведение во время пункции вены и в процессе введения веносклерозирующих препаратов (ЭХО-контролируемая склеротерапия) для проведения склеротерапии у пациентов с непальпируемыми и

невизуализируемыми в горизонтальном положении пациента варикозными венами [200,214,215].

УДД 2 УУР В

Комментарий. При наличии явно определяемых визуально и при пальпации варикозных вен введение склерозанта допустимо без ультразвукового контроля [200,215].

- Пенную форму веносклерозирующих препаратов рекомендуется готовить по методике Tessari (с помощью двух шприцев, соединенных через трехходовый кран путем смешивания раствора склерозанта и атмосферного воздуха в соотношении 1 к 4 или 1 к 5 или смеси кислорода и углекислого газа в тех же соотношениях для проведения склеротерапии у пациентов с ХЗВ [216].

УДД 4 УУР С

Комментарий. Использование нестерильного атмосферного воздуха не несет угрозы бактериальной контаминации пенной формы веносклерозирующих препаратов, что определяет отсутствие необходимости в использовании стерильных воздушных смесей [217,218]. Одни исследования показали, что введение больших объемов пены (более 10 мл), приготовленной на основе смеси углекислого газа и кислорода, ассоциируется с меньшим числом осложнений [219,220], в то время как другие работы не продемонстрировали уменьшения частоты неврологических нарушений при использовании меньших объемов пены (до 10 мл) [221,222].

- Введение пенной формы веносклерозирующих препаратов рекомендуется осуществлять в течение минимально короткого срока от момента ее приготовления при проведении склеротерапии у пациентов с ХЗВ [200].

УДД 5 УУР С

- В течение одного сеанса рекомендуется вводить не более 10 мл пенной формы веносклерозирующего препарата [200].

УДД 5 УУР С

Комментарий. На сегодняшний день отсутствуют объективные свидетельства, позволяющие установить максимально допустимый и безопасный для однократного введения объем пенной формы веносклерозирующего препарата. В то же время, существуют данные, позволяющие связать объем вводимой пены с частотой возникновения серьезных неврологических нарушений [223]. Таким образом, объем 10 мл был принят международными и российскими экспертами в качестве максимального

количества пенной формы склерозанта, обеспечивающего безопасное введение за один сеанс.

3.3.4. Побочные реакции и осложнения склеротерапии

- Во избежание возникновения кожных некрозов рекомендуется избегать введения больших объемов веносклерозирующих препаратов под избыточным давлением при проведении склеротерапии у пациентов с ХЗВ [200].

УДД 5 УУР С

- С целью уменьшения риска возникновения стойкой гиперпигментации рекомендуется применение компрессионного трикотажа при проведении склеротерапии у пациентов с ХЗВ [224–226].

УДД 3 УУР В

- С целью уменьшения риска возникновения стойкой гиперпигментации рекомендуется рассмотреть возможность удаления сгустков крови из просвета вены [224–226].

УУД 2 УУР А

Комментарий. Предполагается, что удаление сгустков крови из склерозированной вены путем аспирации через толстую иглу или путем выдавливания через микропроколы в срок от 1 до 3 недель позволяет снизить выраженность гиперпигментации после склеротерапии. В то же время, только в одном исследовании этот вопрос был предметом изучения, при этом различия продемонстрированы не были, однако удаление сгустков приводило к более быстрому разрешению боли и воспаления, но только для сосудов диаметром 1–3 мм [224].

- Рекомендуется рассмотреть целесообразность применения #сулодексида (250-500ЛЕ 2 раза в день) с целью снижения выраженности гиперпигментаций при проведении склерооблитерации телеангиэктазов и ретикулярных вен [162–164,171].

УДД 2 УУР С

Комментарий. Целесообразность применения ФЛС с целью снижения выраженности гиперпигментаций при проведении склеротерапии вен малого калибра с косметической целью в значительной зависит от предпочтительных для пациента сроков начала и проведения склерооблитерации, стоимости перипроцедурального курса лекарственной терапии. Применение ФЛС не влияет на конечный результат склерооблитерации вен малого калибра с косметической целью.

- Не рекомендуется рутинное обследование пациентов на предмет наличия открытого овального окна (ЭХО-кардиография) перед выполнением пенной склеротерапии у пациентов с ХЗВ [200,201].

УДД 5 УУР С

Комментарий. До 30% общей популяции имеет открытое овальное окно, которое обеспечивает возможность проникновения пузырьков воздуха в систему церебральных артерий [202]. Эта цифра существенно превышает частоту возникновения неврологических нарушений при выполнении пенной склеротерапии. Более того, на сегодняшний день убедительно доказана лишь взаимосвязь открытого овального окна и ишемического инсульта, но не прочих неврологических реакций, а также, отмечается отсутствие прямой связи между обнаружением пены в левых отделах сердца и сосудах головного мозга и частотой развития неврологических симптомов [203]. Таким образом, тотальный скрининг всех пациентов перед проведением склеротерапии считается нецелесообразным.

- Пациентам с наличием анамнестических указаний на возникновение неврологических осложнений при ранее выполненной склеротерапии рекомендуется проводить склеротерапию лишь в том случае, если индивидуальная польза значительно превышает риск, отдавать предпочтение склеротерапии жидкой формой препарата, избегать введения больших объемов веносклерозирующего препарата, избегать активизации и натуживания сразу после выполнения инъекции [200,201].

УДД 5 УУР С

- Не рекомендуется рутинное обследование пациентов на предмет наследственной тромбофилии перед выполнением пенной склеротерапии [200,201].

УДД 5 УУР С

- Пациентам с высоким индивидуальным риском ВТЭО (наличие эпизодов ВТЭО в анамнезе, положительный семейный анамнез ВТЭО, верифицированная наследственная тромбофилия) рекомендуется проводить склеротерапию лишь в том случае, если индивидуальная польза значительно превышает риск, проводить фармакопрофилактику в соответствии с актуальными рекомендациями, использовать эластичную компрессию, избегать введения больших объемов препарата, проводить максимально раннюю активизацию после выполнения инъекции [200,201].

УДД 5 УУР С

3.4. Хирургическое лечение

3.4.1. Цели хирургического лечения, показания к хирургическому лечению варикозной болезни

Цели хирургического лечения пациентов с варикозным расширением вен нижних конечностей:

- Устранение косметического дефекта, вызванного наличием варикозно расширенных вен;
- Уменьшение выраженности или устранение субъективных симптомов ХЗВ;
- Профилактика прогрессирования варикозной трансформации подкожных вен;
- Профилактика кровотечения из варикозно расширенных вен;
- Профилактика варикотромбофлебита;
- Профилактика развития и уменьшение выраженности венозных отеков;
- Профилактика развития и прогрессирования хронической венозной недостаточности (венозный отек, гиперпигментация, липодерматосклероз)
- Уменьшение проявлений липодерматосклероза;
- Ускорение заживления и профилактика рецидива венозных трофических язв;
- Повышение качества жизни за счет устранения или уменьшения косметического дефекта, обусловленного наличием варикозно расширенных вен, уменьшения выраженности или устранения субъективных симптомов ХЗВ и объективных проявлений ХВН.

Задачами хирургического лечения являются:

- устранение патологического вертикального и/или горизонтального рефлюкса;
- устранение варикозно измененных подкожных вен.

Вмешательство по поводу варикозного расширения вен может включать устранение патологического вертикального или горизонтального рефлюкса и устранение варикозно расширенных вен. Ни один из перечисленных элементов не является обязательным (например, возможно изолированное удаление варикозно расширенных вен или, напротив, изолированная термооблитерация магистральных подкожных вен без вмешательства на притоках). Для решения схожих технических задач могут быть использованы различные технологии (например, для устранения патологического рефлюкса по БПВ может быть применено ее удаление, термооблитерация, склерооблитерация или облитерация с помощью НТНТ).

Хирургическое вмешательство в большинстве случаев сочетает несколько методов, выполняемых одновременно или поэтапно. Использование различных комбинаций методов должно быть обосновано особенностями и выраженностью патологических изменений в венозной системе.

- Пациентам с варикозным расширением вен нижних конечностей (ХЗВ С2-С6) рекомендуется хирургическое лечение с целью устранения косметического дефекта, вызванного наличием варикозно расширенных вен; уменьшения выраженности или устранения субъективных симптомов ХЗВ; профилактики прогрессирования варикозной трансформации подкожных вен; профилактики кровотечения из варикозно расширенных вен; профилактики варикотромбофлебита; профилактики развития и уменьшения выраженности венозных отеков; профилактики развития и прогрессирования хронической венозной недостаточности (венозный отек, гиперпигментация, липодерматосклероз), уменьшения проявлений липодерматосклероза; ускорения заживления и профилактики рецидива венозных трофических язв; улучшения качества жизни за счет устранения или уменьшения косметического дефекта, обусловленного наличием варикозно расширенных вен, уменьшения выраженности или устранения субъективных симптомов ХЗВ и объективных проявлений ХВН [227–229].

УДД 2 УУР В

Комментарий. Хирургическое лечение показало лучшие результаты в отношении регресса симптомов ХЗВ, косметического эффекта, удовлетворенности и качества жизни пациентов с неосложненной варикозной болезнью по сравнению с консервативным лечением [227–229]. С точки зрения фармако-экономики все виды хирургического лечения варикозной болезни демонстрируют преимущества перед консервативной терапией в отношении количества лет жизни с поправкой на качество (QALY), при этом минимальной стоимостью одного года жизни с поправкой на качество обладает ЭВЛК [230]. Следует отметить, что преимущество хирургического вмешательства перед консервативной терапией оценено преимущественно для начальных форм ХЗВ (С2), в том время, как его влияние на венозный отек и трофические нарушения может быть менее выраженным [78,231].

- Не рекомендуется хирургическое лечение при наличии рефлюкса по стволам БПВ, МПВ, ПДПВ, по перфорантным венам при отсутствии варикозной трансформации их притоков [232,233].

УДД 3 УУР С

Комментарий. В рамках пилотного наблюдательного сравнительного исследования не было выявлено различий по динамике изменения тяжести заболевания и качества жизни в течение 6 месяцев наблюдения у симптоматических пациентов с ХЗВ C1s и рефлюксом по стволу БПВ после выполнения термической облитерации или использования эластической компрессии [232]. В редких случаях рефлюкс по указанным венам может признаваться клинически значимым и являться основанием для хирургического вмешательства в отсутствие варикозного изменения притоков (например, появление в бассейне несостоятельной вены других признаков ХЗВ: телеангиэктазов и/или РВ).

- Рекомендуется у пациента с варикозной болезнью на обеих нижних конечностях проводить хирургическое лечение на одной или сразу на двух конечностях, в зависимости от баланса пользы и рисков, пожеланий пациента и наличия технических и организационных условий в лечебном учреждении [234,235].

УДД 3 УУР В

Комментарий. Проведение вмешательства сразу на двух конечностях не повышает риск развития осложнений и не усиливает существенно послеоперационный дискомфорт

3.4.2. Профилактика ВТЭО в хирургии вен

- Рекомендуется оценка риска развития венозных тромбозмболических осложнений перед проведением хирургического лечения любого типа [78,78,233,236–238].

УДД 5 УУР С

Комментарий. В систематическом обзоре публикаций по термооблитерации указано на отсутствие сообщений о фатальных осложнениях, а частота тяжелых ВТЭО не превышала 1% [239]. По данным крупного ретроспективного исследования частота ВТЭО после комбинированной флебэктомии и эндовенозных методов лечения составляет 0,15–0,35% в первые 30 дней, 0,26–0,50% - в течение 90 дней и 0,46–0,58% в течение одного года. Частота симптоматических ВТЭО после склерооблитерации ниже, чем после открытой хирургии или термооблитерации в первые 30 дней, достоверных различий между методами по частоте ВТЭО на других сроках не найдено [240]. Между тем, частота развития субклинических тромботических осложнений, преимущественно в виде поражения мышечных вен голени, может достигать 18-19% при открытых вмешательствах [241–243] и 20-23% после выполнения склеротерапии. По результатам анализа базы данных MAUDE (Manufacturer and User Facility Device Experience) – добровольно пополняемой базы осложнений, связанных с применением медицинских

устройств – после термооблитерации частота ТГВ составляет 1 случай на 2500 вмешательств, ТЭЛА – 1 на 10000, смерти от ВТЭО – 1 на 50000, зарегистрировано 7 случаев фатальной периоперационной ТЭЛА [244]. Частота ВТЭО после комбинированной флебэктомии достигает 5,3% [245]. Следует учитывать, что ВТЭО может развиваться отсрочено, описаны случаи ТЭЛА через 3 нед. после ЭВЛО [239].

- Для оценки риска развития ВТЭО после хирургического лечения рекомендуется использовать шкалу Каприни [78,236,237,246].

УДД 5 УУРС

Комментарий. Шкала Каприни доступна в приложении Г (таблица Г4 «Шкала Каприни (Caprini) оценки риска развития венозных тромбоэмболических осложнений у пациентов хирургического профиля после выполнения современных малоинвазивных вмешательств на поверхностных венах»). Следует отметить, что шкала Каприни не валидирована для пациентов, получающих лечение по поводу варикозного расширения вен. Такая валидация необходима, так как имеющиеся литературные данные по частоте ВТЭО после инвазивного лечения по поводу варикозного расширения вен нижних конечностей крайне неоднородны. По ряду источников ВТЭО после эндовенозной лазерной облитерации (ЭВЛО) встречаются довольно часто (2-5%) [239,247–249]. По результатам анализа базы данных Manufacturer and User Facility Device Experience (MAUDE) с 2000 по 2012 год рост ВТЭО сопровождал расширение применения методов термооблитерации, максимальный уровень ВТЭО отмечен в 2008 г, после чего он стабилизировался [244]. Согласно этому исследованию на протяжении последних 5 лет частота ВТЭО после ЭВЛО и радиочастотной облитерации (РЧО) составляет 1 и 2 на 10000 процедур. Структура ВТЭО: ТГВ <1:2500, ТЭЛА <1:10000, летальный исход <1:50000. Имеющиеся данные не позволяют убедительно выделить группы пациентов, где фармакопрофилактика ВТЭО безусловно показана, определить оптимальную продолжительность, интенсивность антикоагуляции, оптимальный препарат, установить зависимость между потребностью в антикоагуляции и типом вмешательства [250–252]. Первые результаты валидации шкалы Каприни после современных малоинвазивных вмешательств на поверхностных венах продемонстрировали достоверную корреляцию баллов с частотой регистрации бессимптомных послеоперационных тромбозов, преимущественно в виде тромботической окклюзии дистальных вен и термически-индуцированного тромбоза. На основании проведенного анализа было показано отсутствие потребности в рутинной фармакопрофилактике для предотвращения симптоматических ВТЭО, частота

развития которых не превышала 0,5%. Принимая во внимание симптоматические и бессимптомные ВТЭО было предложено деление пациентов на группы низкого риска (0-6 баллов: частота ВТЭО без фармакопрофилактики – 2,6%), умеренного риска (7-10 баллов: частота развития ВТЭО без фармакопрофилактики – 8,5%), высокого риска (11 и более баллов: частота развития ВТЭО без фармакопрофилактики – 33,3%).

- Всем пациентам после хирургического лечения рекомендуется назначение профилактических мероприятий ВТЭО в соответствии с индивидуально определенным риском [253–256].

УДД 2 УУР С

Комментарий. Современные малоинвазивные способы хирургического лечения варикозной болезни отличаются использованием по умолчанию таких неспецифических методов профилактики ВТЭО, как ранняя активизация и эластичная компрессия. Основной вопрос заключается в целесообразности применения профилактических доз антикоагулянтов (АТХ: В01, антитромботические средства). Опубликованные в последние годы систематические обзоры и метаанализы не демонстрируют однозначных и достоверных преимуществ фармакологической профилактики при выполнении современных вмешательств на варикозных венах ввиду низкой частоты развития ВТЭО, в особенности их симптоматических форм. Таким образом, рутинное применение фармакологической профилактики не представляется обоснованным. С учетом промежуточных результатов исследования CAPSIVS, использование профилактических доз антикоагулянтов (АТХ: В01, антитромботические средства) может быть рассмотрено у пациентов с умеренным риском развития ВТЭО (7-10 баллов по шкале Каприни), в особенности при наличии дополнительных факторов риска, связанных с вмешательством (удаление варикозных притоков, вмешательство на перфорантах, симультанное вмешательство на >1 вене, длительность операции >45 мин, вмешательство в неамбулаторных условиях, вмешательство под нетумесцентной анестезией) и высоким риском развития ВТЭО (11 и более баллов по шкале Каприни), а также у лиц, ранее перенесших ТГВ, ТПВ или ТЭЛА [257–259]. При этом длительность фармакопрофилактики должна составлять не менее 7 дней для группы умеренного риска, 7-30 дней для группы высокого риска и 30 дней и более для лиц, ранее перенесших ВТЭО. Необходимо иметь в виду, что однократное введение антикоагулянта (АТХ: В01, антитромботические средства) в день операции не является эффективным методом профилактики осложнений. В качестве фармакологических средств могут быть использованы все доступные парентеральные антикоагулянты (АТХ: В01,

анти тромботические средства) (НФГ, НМГ (B01AB Группа гепарина) и #фондапаринукс натрия) в дозах, рекомендованных производителем для соответствующих групп риска. В последние годы отмечено накопление данных, подтверждающих эффективность и безопасность применения ПОАК (АТХ: B01A Анти тромботические средства), в частности #ривароксабана** 10 мг для профилактики ВТЭО [238]. Режимы фармакопрофилактики представлены в Приложении А3.2 («Рекомендуемые способы профилактики ВТЭО в зависимости от индивидуально оцененного риска»). Режимы использования #ривароксабана** и #фондапаринукса натрия в исследованиях по периоперационной профилактике ВТЭО при хирургическом лечении варикозной болезни отличаются от стандартных рекомендаций для общехирургической популяции.

- Рекомендовано при выявлении ВТЭО действовать в соответствии с актуальными клиническими рекомендациями [253].

УДД 5 УУР С

3.4.3. Устранение вертикального рефлюкса

3.4.3.1. Сравнение методов устранения вертикального рефлюкса

- Для устранения патологического вертикального рефлюкса методы термооблитерации рекомендуются как предпочтительные в сравнении с открытой хирургией [176,230,260–264].

УДД 1 УУР В

Комментарий 1: В целом методы термооблитерации представляются более предпочтительными для устранения патологического вертикального рефлюкса в сравнении с открытым вмешательством [75,76,78,169,264,265] и в сравнении с НТНТ [169]. Многочисленные систематические обзоры и метаанализы РКИ демонстрируют, что методы термической облитерации поверхностных вен не уступают по своей эффективности открытым вмешательствам в краткосрочной и долгосрочной перспективе, но ассоциируются с достоверно меньшей частотой развития осложнений, в основном за счет снижения риска раневой инфекции, гематом и парестезий [261]. С точки зрения фармако-экономического анализа, ЭВЛО и РЧО оказались максимально эффективными вмешательствами в сравнении с НТНТ и консервативным лечением [230].

Комментарий 2: Открытая операция оправдана, если нет возможности выполнить ЭВЛО или РЧО по организационным, финансовым или другим причинам. Открытая операция не уступает эндовенозным вмешательствам в ближайшем, среднесрочном и отдаленном периоде. Возможно снижение травматичности открытого вмешательства

за счет использования небольших разрезов и инвагинационного стриппинга. Такое вмешательство может выполняться амбулаторно под тумесцентной анестезией. Результаты такого вмешательства по риску развития гематом и кровоизлияний, уровню болевых ощущений и качеству жизни пациентов в раннем послеоперационном периоде сопоставимы с эндовенозными методами облитерации подкожных вен [199,266].

- Для устранения патологического вертикального рефлюкса методы термооблитерации рекомендуются как предпочтительные в сравнении со склерооблитерацией и НТНТ [176,230,261–264].

УДД 1 УУР В

Комментарий. В Кохрейновском обзоре публикаций по применению термооблитерации, открытых вмешательств и склерооблитерации при поражении БПВ указывается, что ЭВЛО, РЧО и склерооблитерация как минимум не менее эффективны, чем стриппинг [265]. В систематических обзорах показана меньшая эффективность методов склерооблитерации, данные по сравнению термооблитерации и открытых вмешательств хирургии противоречивы [267,268]. В Кохрейновском обзоре публикаций по применению термооблитерации, открытых вмешательств и склерооблитерации при поражении МПВ показана большая эффективность ЭВЛО в сравнении с флебэктомией и склерооблитерацией [264]. Вопрос об устранении рефлюкса по МПВ дополнительно изучен в систематическом обзоре с метаанализом данных [269]. Несмотря на отсутствие убедительных доказательств в отдельных РКИ, на уровне рекомендаций различных авторитетных профессиональных ассоциаций, методы термооблитерации признаются предпочтительными для устранения патологического вертикального рефлюкса в сравнении со склерооблитерацией [78,169,176]. Множество современных систематических обзоров с метаанализами результатов РКИ утверждают, что термические методы обладают повышенной эффективностью в сравнении со склеротерапией, как с точки зрения технических исходов, так и рецидива варикозных вен в отдаленном периоде [261,262]. С точки зрения фармако-экономического анализа, несмотря на низкую себестоимость, склеротерапия существенным образом уступает открытому вмешательству, а также методам термической и нетермической облитерации [230]. Методы НТНТ позволяют избежать негативных эффектов выполнения тумесцентной анестезии и температурного воздействия на ткани (болезненность, аллергические реакции на анестетик, повреждение паравазальных тканей), редких случаев технических проблем, связанных с повреждением рабочего инструмента, формирования термоиндуцированных тромбозов, при сохранении высокой

эффективности в краткосрочном периоде. Отмечается высокая эффективность методов НТНТ в сравнении с термическими методами при снижении болей и кровоизлияний [270]. Сравнительная оценка эффективности и безопасности НТНТ пока затруднена ввиду ограниченного числа РКИ и отсутствия отдаленных результатов в сравнительных исследованиях [169,269,271–275].

3.4.3.2. Открытые вмешательства

- Рекомендуется выполнять кроссэктомию или приустьевое лигирование БПВ паховым или надпаховым доступом у пациентов с ВБНК [75,78,176].

УДД 5 УУР С

Комментарий. Оптимальным для кроссэктомии БПВ является доступ по паховой складке. БПВ должна быть лигирована пристеночно к бедренной вене. Необходимости в ушивании овального окна или подкожной клетчатки после кроссэктомии нет.

- Не рекомендуется применение «заплат» из политетрафторэтилена для профилактики неоваскуляризации у пациентов с ВБНК [276,277].

УДД 2 УУР А

- При открытой операции рекомендуется выполнять кроссэктомию и стриппинг БПВ, а не только кроссэктомию у пациентов с ВБНК [278,279].

УДД 2 УУР А

Комментарий. В предыдущих исследованиях было показано, что комбинация кроссэктомии и удаления (стриппинга) ствола большой подкожной вены, значительно снижала риск повторных вмешательств в сравнении с пациентами, у которых была выполнена только кроссэктомия [278,279], при этом разницы в визуальном прогрессировании варикозных вен получено не было.

- Рекомендуется выполнение «короткого» стриппинга (удаление БПВ до верхней трети голени), а не «длинного» стриппинга (удаление БПВ до уровня лодыжки) у пациентов с ВБНК [280].

УДД 2 УУР А

Комментарий. В подавляющем большинстве наблюдений (80—90%) рефлюкс по БПВ регистрируется от соустья только до верхней трети голени. Удаление БПВ на всем протяжении сопровождается достоверно более высокой частотой повреждений подкожных нервов [280] при этом частота рецидивов варикозного расширения вен не уменьшается. Остающийся сегмент вены в дальнейшем можно использовать для

реконструктивных сосудистых операций. В случае необходимости устранения рефлюкса по БПВ на голени можно сочетать короткий стриппинг со склерооблитерацией сегмента БПВ на голени.

- Рекомендуется для удаления БПВ и МПВ применять инвагинационные методы или криостриппинг у пациентов с ВБНК [281–286]

УДД 2 УУР В

Комментарий. *Инвагинационные методы (в том числе PIN-стриппинг) или криостриппинг менее травматичны, чем удаление вены по Бэбкоку [281–286].*

- Рекомендуется оценка и/или маркировка зоны СПС под ультразвуковым контролем перед оперативным вмешательством у пациентов с ВБНК [197,287,288]

УДД 4 УУР С

Комментарий. *Хирургические вмешательства на МПВ следует проводить в положении больного на животе. Строение терминального отдела МПВ очень вариабельно, поэтому нельзя проводить ее лигирование и удаление без предварительного ультразвукового обследования зоны СПС. Перед операцией следует уточнить локализацию соустья и особенность распространения рефлюкса с помощью ультразвукового сканирования.*

- Не рекомендуется целенаправленное выделение и перевязка ствола МПВ непосредственно ниже впадения в подколенную вену у пациентов с ВБНК [81].

УДД 5 УУР С

Комментарий. *Нет убедительных доказательств того, что перевязка МПВ сразу возле СПС лучше, чем ее перевязка на расстоянии 3–5 см от подколенной вены, непосредственно рядом с кожей [81]. Лигирование МПВ отступая 3–5 см. от СПС позволяет уменьшить размер разреза и снизить риск ассоциированных с глубоким доступом осложнений.*

- Не рекомендуется удаление МПВ ниже середины голени у пациентов с ВБНК [81].

УДД 5 УУР С

Комментарий. *Лигирование приустьевого отдела МПВ рекомендуется выполнять из поперечного доступа в подколенной ямке. Вену следует удалять только в тех пределах, в которых определено наличие рефлюкса. В нижней трети голени рефлюкс по МПВ встречается редко, кроме того, удаление вены в этой области увеличивает риск повреждения идущего в непосредственной близости к МПВ икроножного нерва.*

- Не рекомендуется коррекция клапанов глубоких вен у пациентов с классом ХЗВ С2 [76].

УДД 5 УУР С

Комментарий. Показания к коррекции клапанного аппарата глубоких вен в настоящее время находятся в стадии изучения. В значительной части наблюдений при варикозной болезни полноценное устранение патологических рефлюксов в поверхностных венах приводит к регрессу рефлюкса в глубоких венах. При этом большинство исследований по коррекции рефлюксов в глубоких венах при первичном варикозном расширении вен базируются на лечении пациентов с хронической венозной недостаточностью (С3 – С6 по CEAP) [76].

- Не рекомендуется проводить операции на глубоких венах одновременно с вмешательством на подкожных и перфорантных венах [289].

УДД 5 УУР С

Комментарий. Выполнение оперативного вмешательства на глубоких венах показано только пациентам с классами С5-С6 и рефлюксом по глубоким венам 3–4 степени (до уровня коленного сустава и ниже) по классификации Kistner, а также при неэффективности всех ранее использованных методов как хирургического, так и консервативного лечения. Есть данные, о том, что коррекция гемодинамических расстройств в глубоких венах улучшает результаты хирургического лечения ВБНК. Так, в одном исследовании при медиане наблюдения в 6,2 года частота рецидива после флебэктомии составила 17,3%, а после флебэктомии в сочетании с вальвулопластикой – 7,7% [289]. При этом на конечностях с корригированной функцией клапанов глубоких вен не произошло, в т.ч., рецидива язв. Операции по коррекции клапанов глубоких вен не могут быть рекомендованы для широкой практики и должны выполняться в специализированных учреждениях со значительным опытом вмешательства на глубоких венах. При сочетании ВБНК и нетромботической обструкции подвздошных вен проведенные исследования демонстрируют противоречивые результаты, указывающие, как на преимущество сочетанной коррекции рефлюкса и обструкции, так и на хорошие исходы изолированных вмешательств. С учетом меньшей инвазивности, сложности и стоимость коррекции поверхностного рефлюкса, начинать лечение целесообразно с подобных вмешательств [290].

- Рекомендуется относить к осложнениям открытых вмешательств у пациентов с ХЗВ повреждения нервов и магистральных сосудов, ВТЭО, инфекционные осложнения, лимфоррею [291–293].

УДД 1 УУР В

Комментарий 1. Приведенные ниже данные касаются кроссэктомии и стриппинга БПВ или МПВ и не относятся к минифлебэктомии. В обзоре 17 РКИ (2624 вмешательства) установлено, что для комбинированной флебэктомии более характерны раневые осложнения, для термооблитерации – флебиты [260]. При удалении подкожных вен (как магистральных, так и их притоков) возможно повреждение нервов с формированием зон долгосрочной или стойкой парестезии. Данные о влиянии направления стриппинга БПВ на риск повреждения нерва противоречивы [280,291,293]. Удаление БПВ только до уровня коленного сустава снижает риск повреждения нервов, однако не устраняет его полностью, частота такого рода осложнения при применении короткого стриппинга остается на уровне 7% – 10% [280,293]. При этом, оставленный сегмент БПВ на голени, как показано в крупном долгосрочном продольном исследовании, в 4% случаев является причиной рецидива варикозного расширения вен [279]. Частота повреждения общего малоберцового нерва при кроссэктомии и стриппинге МПВ достигает 5-7%, а сурального -2-4% [294,295]. Риск повреждения бедренной вены или артерии крайне мал (0,0017-0,3%), однако это осложнение крайне опасно ввиду того, что не всегда распознается своевременно [292]. Систематический обзор 87 исследований выявил 87 случаев повреждения крупных сосудов. В пяти случаях описано удаление бедренной или подколенной вены, а в 17 случаях – удаление бедренной артерии [292].

Комментарий 2. В крупном ретроспективном исследовании, охватившем более 260 000 инвазивных процедур частота ВТЭО после применения «открытой хирургии» и эндовенозных методов составляет 0,15-0,35 % на сроке 30 дней, 0,26-0,50 % на сроке 90 дней и 0,46-0,58 % на сроке 1 год без статистически значимых различий между методами [240]. Вместе с тем, частота ВТЭО после комбинированной флебэктомии достигает 5,3% и даже 18,3% [241].

- Для снижения риска инфекционных осложнений рекомендуется антибиотикопрофилактика при открытом оперативном лечении пациентов с ХЗВ [252] [253] [296,297].

УДД 2 УУР А

Комментарий. Частота раневой инфекции при открытых операциях колеблется в диапазоне 1,5% – 16% [296]. По данным РКИ, применение антибиотикопрофилактики при открытых операциях снижает частоту инфекционных раневых осложнений почти в 2 раза [297]. Соответственно, при проведении открытой операции рекомендуется применение антибиотикопрофилактики (за исключением изолированной

миниинвазивных (лигатурная перевязка, склеротерапия, эндовазальная лазерная коагуляция, эндовазальная термическая облитерация). При этом следует ориентироваться на Федеральные клинические рекомендации "Принципы организации периоперационной антибиотикопрофилактики в учреждениях здравоохранения" [298]. Помимо раневой инфекции, достаточно частым осложнением открытых операций является лимфорея, частота достигает 1,3% [293].

- Для купирования болей в послеоперационном периоде рекомендуется назначение НПВП (нестероидные противовоспалительные и противоревматические препараты (АТХ М01А)) per os [76,78].

УДД 5 УУР С

- Не рекомендуется назначение фармакологических препаратов для устранения внутрикожных кровоизлияний [76,78].

УДД 5 УУР С

- Рекомендуется применение НПВП (нестероидные противовоспалительные и противоревматические препараты (АТХ М01А) и эластической компрессии (А15.12.002 Эластическая компрессия нижних конечностей) при воспалении подкожных вен после хирургического лечения [76,78].

УДД 5 УУР С

3.4.3.3. Эндовазальная термическая облитерация

В клинической практике в целях обозначения медицинских услуг в отношении эндовазальных термических методов воздействия на венозную стенку допускается отождествление понятий коагуляция, облитерация и абляция. Таким образом, к обозначению методов термической облитерации можно отнести, в соответствии с Приказом Минздрава России от 13.10.2017 N 804н "Об утверждении номенклатуры медицинских услуг", следующие названия: «лазерная коагуляция вен нижних конечностей», «эндовазальная лазерная коагуляция вен нижних конечностей», «радиочастотная коагуляция вен нижних конечностей».

Методы термической облитерации вен основаны на эндовазальном тепловом повреждении венозной стенки, приводящем к окклюзивному фиброзу и трансформации вены в соединительно-тканый тяж, т.е. исчезновению вены, как морфологической и функционирующей структуры [299–302].

- Эндовазальная лазерная и радиочастотная облитерация (радиочастотная термоабляция) рекомендуются для устранения стволового рефлюкса по БПВ [78,169,176,230,261–265].

УДД 1 УУР А

Комментарий. *Выполненные мета-анализы демонстрируют, что методы термооблитерации не уступают открытому хирургическому вмешательству по частоте возникновения клинического рецидива заболевания в раннем и отдаленном периоде (срок наблюдения до 5 лет), однако характеризуются меньшим риском развития неоангиогенеза, технических неудач, меньшим уровнем послеоперационной боли и более коротким периодом реабилитации*

- Эндовазальная лазерная и радиочастотная облитерация (радиочастотная термоабляция) рекомендуются для устранения стволового рефлюкса по МПВ [264,303].

УДД 1 УУР С

Комментарий. *На сегодняшний день небольшое число сравнительных исследований проведено для изучения эффективности и безопасности термической облитерации ствола МПВ. Имеющиеся данные свидетельствуют о высокой технической эффективности ЭВЛО и РЧО, в том числе о наличии преимуществ в отношении открытого хирургического вмешательства. Между тем, оптимальный способ лечения до сих пор не определен.*

- Эндовазальная лазерная и радиочастотная облитерация (радиочастотная термоабляция) рекомендуются для устранения рефлюкса по межафенной вене (вена Джакомини) [304,305].

УДД 4 УУР С

- Эндовазальная лазерная и радиочастотная облитерация (радиочастотная термоабляция) рекомендуются для устранения рефлюкса по передней добавочной большой подкожной вене [306].

УДД 2 УУР В

Комментарий. *По данным систематического обзора, термическая облитерация ПДПВ ассоциируется с техническим успехом на уровне 92% при минимальном числе осложнений.*

- Эндовазальная лазерная и радиочастотная облитерация (радиочастотная термоабляция) рекомендуются для устранения рефлюкса по перфорантным венам [188,233].

УДД 2 УУР В

Комментарий. По данным систематического обзора, технический успех при облитерации перфорантных вен методом ЭВЛК и РЧО достигает 95% и 91%, а долгосрочный рейтинг окклюзии – 89% и 77%, соответственно.

- Эндовазальная лазерная и радиочастотная облитерация рекомендуются для устранения рефлюкса по интрафасциальным фрагментам поверхностных вен при рецидиве варикозной болезни [300,307,308].

УДД 4 УУР С

- Операции по поводу ХЗВ, в том числе с использованием технологий термической облитерации вен, рекомендуется выполнять в амбулаторных и/или стационарных учреждениях сердечно-сосудистыми хирургами и хирургами [309].

УДД 4 УУР С

Комментарий. В настоящее время в России разрешены к применению радиочастотная и лазерная облитерация, которые проводятся в рамках оказания первичной специализированной медико-санитарной помощи взрослому населению по профилю "хирургия" в амбулаторных условиях или условиях дневного стационара врачами-специалистами, имеющими специальность "сердечно-сосудистая хирургия" или "хирургия" вне зависимости от формы и стадии заболевания. Возможно выполнение эндовазальной термической облитерации в стационарных условиях в рамках оказания специализированной медицинской помощи взрослому населению по профилям "хирургия", «сердечно-сосудистая хирургия».

- При выборе между ЭВЛО и РЧО не рекомендуется какой-либо метод термооблитерации как предпочтительный у пациентов с ХЗВ [261–263,310–312].

УДД 1 УУР А

Комментарий. При сравнении с ЭВЛО и РЧО оба метода демонстрируют эквивалентную эффективность по частоте достижения стойкой окклюзии БПВ, в некоторых исследованиях ЭВЛО характеризовалась повышенным уровнем послеоперационных болей и большей выраженностью внутрикожных кровоизлияний [199,313–319]. Следует учитывать, что актуальная доказательная база включает результаты ранних клинических исследований с применением коротковолнового лазерного

излучения, торцевых световодов, первой генерации катетеров радиочастотной абляции и не может быть в полной степени экстраполирована на современные методы эндовазальной термической облитерации (длинноволновое лазерное излучение, гибкие световоды с коннектором и наконечником для медицинских лазерных аппаратов типов Radial и 2ring, катетер ClosureFast). По результатам современных РКИ с использованием технологии «ClosureFast» и лазера с длиной волны 1470 нм и радиальным световодом, принципиальных различий по всем исходам, включая послеоперационную боль, время возврата к труду, частоту развития осложнений, снижение тяжести ХЗВ и улучшение качества жизни, между методами выявлено не было [320].

- Не рекомендуется термооблитерацию БПВ дополнять выполнением кроссэктомии у пациентов с ХЗВ [261–263,321].

УДД 2 УУР А

Комментарий. Было показано, что выполнение кроссэктомии совместно с ЭВЛО ствола БПВ не снижает риск рецидива варикозной болезни в отдаленном периоде (срок наблюдения - до 6 лет) [321].

- Рекомендуется дополнять термооблитерацию поверхностных вен устранением варикозных притоков с помощью минифлебэктомии и/или склеротерапии [322–324].

УДД 2 УУР С

Комментарий. Результаты систематического обзора с метаанализом исследований, сравнивающих устранение варикозных вен одновременно с облитерацией ствола или в отсроченном порядке демонстрируют преимущество симультанного подхода в отношении снижения потребности в повторных вмешательствах (6,3% против 36,1%) и более значительного улучшения качества жизни в краткосрочном периоде, которое, однако, исчезает на фоне дальнейшего наблюдения [324]. Такой подход привлекает уменьшением травматичности и трудоемкости лечения, возможным снижением его стоимости, однако, на сегодняшний день недостаточно данных для выделения группы пациентов, которым данная тактика вмешательства была бы предпочтительна. Отдельные исследования демонстрируют, что полная и частичная спонтанная редукция варикозных притоков через 6 месяцев после изолированной ЭВЛО магистральных подкожных вен наблюдается в 23% и 63% случаев [325].

- Рекомендуется применение методов термооблитерации вне зависимости от диаметра вены у пациентов с ХЗВ [326,327].

УДД 3 УУР В

Комментарий. *Не существует формальных ограничений для применения методов термооблитерации по диаметру вен. Извитой ход и большие размеры вены, удвоение ствола, или аплазия фрагментов ствола, поверхностное подкожное расположение вены, ее аневризматическое расширение, наличие множественных приустьевых притоков не являются абсолютными противопоказаниями к применению эндовенозных методов. Такие особенности строения венозной системы следует диагностировать до операции, так как они могут значительно затруднить выполнение процедуры, но с набором опыта они не могут служить преградой для выполнения термооблитерации.*

- Не рекомендуется проведение термооблитерации сегментов вен со свежими тромботическими массами в просвете у пациентов с ХЗВ [328–330].

УДД 5 УУР С

Комментарий. *Имеется ряд публикаций со значительными ограничениями достоверности данных, рассматривающих возможность выполнения термической облитерации при тромбофлебите. Однако, убедительные данные об эффективности и безопасности отсутствуют. На сегодняшний день отсутствуют достоверные данные об оптимальном сроке выполнения термической облитерации после перенесенного тромбоза поверхностных вен. Рассматриваются временные интервалы от момента стихания воспалительного процесса до 3 мес. [233,331]. Наиболее актуальная информация по этому вопросу представлена в соответствующих клинических рекомендациях.*

- Не рекомендуется пункция в зоне острого воспалительного процесса кожи и мягких тканей у пациентов с ХЗВ [332,333].

УДД 5 УУР С

- Не рекомендуется (относительные противопоказания) применять ЭВЛО и РЧА у иммобилизованных и ограниченно подвижных пациентов, при беременности, при наличии облитерирующих заболеваний артерий нижних конечностей (лодыжечно-плечевой индекс менее 0,5 и/или систолическое давление на берцовых артериях менее 60 мм. рт. ст.), при повышенном индивидуальном риске ВТЭО (ТГВ и легочная эмболия в анамнезе), при наличии неконтролируемого отека конечности, затрудняющего ультразвуковую визуализацию вен, при наличии декомпенсированной соматической патологии [237].

УДД 5 УУР С

Комментарий. В подобных ситуациях применение методов термооблитерации возможно, если проведена оценка баланса индивидуальной пользы лечения и рисков, с ним связанных, при этом ожидаемая индивидуальная польза значительно превышает индивидуальный риск.

- У пациентов, длительно принимающих оральные антикоагулянты (АТХ: В01, антитромботические средства) выполнение ЭВЛО и РЧА рекомендуется без прерывания терапии [334–339].

УДД 3 УУР С

Комментарий. Проведенные исследования показали высокую эффективность и безопасность проведения ЭВЛО на фоне приема прямых пероральных антикоагулянтов (АТХ: В01, антитромботические средства) и антагонистов витамина К с достижением терапевтических значений МНО.

- При выполнении термооблитерации рекомендуется осуществлять ультразвуковой контроль на всех этапах операции у пациентов с ХЗВ [340].

УДД 5 УУР С

Комментарий. Облитерация здоровых сегментов БПВ и МПВ, за исключением коротких участков, расположенных дистальнее впадающих варикозных притоков, нежелательна в связи с теми же причинами, которые ограничивают тотальный стриппинг этих вен.

- В случае применения проводниковой анестезии или наркоза рекомендуется создать «футляр» вокруг ствола БПВ или МПВ с помощью натрия хлорида** (аналогично тумесцентной анестезии) у пациентов с ХЗВ [341].

УДД 2 УУР С

Комментарий. При выполнении термооблитерации требуется «гидроизоляция» вены от окружающих тканей, заключающаяся во введении раствора анестетика (тумесцентная анестезия), что обеспечивает обезболивание, внешнее сдавление вены с уменьшением ее диаметра и максимально возможное вытеснение крови для обеспечения тесного контакта венозной стенки с источником термического воздействия и уменьшения нежелательного поглощения энергии кровью [342].

- Для термооблитерации МПВ пункцию вены рекомендуется выполнять в средней трети голени и выше у пациентов с ХЗВ [340,343,344].

УДД 2 УУР А

Комментарий. Пункция МПВ в области латеральной лодыжки ассоциируется с более частым возникновением парестезий по сравнению с пункцией в области средней трети голени [343]. При этом влияния места пункции на частоту достижения стойкой окклюзии целевой вены выявлено не было [344].

- Для выполнения ЭВЛО рекомендуется использовать «гемоглобиновые» или «водные» лазеры (МИ: аппараты лазерные хирургические) [345–350].

УДД 2 УУР А

Комментарий. К «гемоглобиновым» (H-лазеры) относят лазеры (МИ: аппараты лазерные хирургические) с длиной волны, близкой к 1000 нм (например, 810 нм, 940 нм, 980 нм). К «водным» (W-лазеры) относят лазеры (МИ: аппараты лазерные хирургические) с длиной волны, близкой к 1500 нм (например, 1320 нм, 1470 нм). В последнее время расширяется применение лазеров (МИ: аппараты лазерные хирургические) с длиной волны близкой к 2000 нм. Известно одно РКИ, где на 67 пациентах проведено сравнение результатов ЭВЛО лазерами с длинной волны 1920 нм и 1470 нм при наблюдении до 1 года. Различия в эффективности и безопасности были не значимы [351]. Длина волны имеет важное, но не решающее значение в исходе вмешательства [352]. На эффективность применения, а также частоту и выраженность побочных эффектов не меньшее значение оказывают энергетический режим (линейная плотность энергии, соотношение мощности и длительности воздействия, характер эмиссии излучения (тип лазерного волокна) [345–349].

- При выполнении ЭВЛО рекомендуется отдавать предпочтение современным типам световодов (световоды с радиальным (кольцевым) излучением) перед световодами с торцевым излучением [353–359].

УДД 2 УУР В

Комментарий. Недостатком торцевого волокна считается неравномерное воздействие лазерного излучения на стенку сосуда, которое приводит к микроперфорациям вены и повреждению окружающих тканей, что определяет развитие послеоперационных осложнений и нежелательных реакций. Применение современных световодов характеризуется низкой частотой возникновения нежелательных реакций [353–358].

- Для эффективной и безопасной облитерации ствола БПВ на «гемоглобиновых» лазерах рекомендуется использовать линейную плотность энергии (ЛПЭ) не ниже 80 Дж/см и мощность излучения от 15 до 25 Вт [360].

УДД 3 УУР С

Комментарий 1: Эти рекомендации актуальны при условии использования торцевой эмиссии. Применение световодов с радиальной эмиссией на гемоглобиновых лазерах не целесообразно из-за высокой вероятности карбонизации рабочей части световода и, как следствие, снижения эффективности [361].

Комментарий 2. При ЭВЛО используют два параметра энергии. Линейная плотность энергии (ЛПЭ, LEED – linear endovenous energy density) – количество энергии, приходящейся на 1 см длины вены. Поток энергии (EFE – endovenous fluence equivalent) – характеризует поток энергии на единицу площади. Линейная плотность энергии рассчитывается по формуле:

$$\text{ЛПЭ (Дж/см)} = P \text{ (Вт)} \times t \text{ (сек)}$$

где ЛПЭ линейная плотность энергии (Дж) P – мощность излучения в Вт, t – время воздействия на 1 см вены. Время воздействия обратно пропорционально скорости извлечения световода и может быть рассчитано: $t \text{ (сек)} = S \text{ (м)} / v \text{ (м/с)}$. S – величина фиксированная, это 1 см вены, или 0,01 м. Скорость в современных автоматических вытягивающих световод устройствах обычно устанавливается в диапазоне 0,7 – 2 мм в сек. Таким образом, при скорости извлечения 1 мм/сек время воздействия на 1 см вены составит 10 сек, а ЛПЭ будет равна P (мощность излучения) $\times 10$.

Для пересчета ЛПЭ и EFE можно использовать следующую формулу:

$$\text{ЛПЭ (Дж/см)} = \pi \times \text{EFE (Дж/см}^2\text{)} \times D \text{ (см)}$$

где D – диаметр вены в см.

- Для эффективной и безопасной облитерации ствола БПВ на «водных» лазерах рекомендуется использовать ЛПЭ не ниже 60 Дж/см и мощность излучения не более 15 Вт [360].

УДД 3 УУР С

Комментарий. Увеличение мощности излучения на водных лазерах более 15 Вт при сохранении плотности энергии не ведет к улучшению результатов облитерации, но сопровождается большим количеством нежелательных реакций [362,363]. При этом достижение одной и той же величины ЛПЭ различными комбинациями мощности излучения и скорости тракции световода не оказывает влияния на частоту окклюзии вены или выраженность периоперационной боли [364]. Допускается увеличенное, по сравнению с расчетным, энергетическое воздействие на приустьевой сегмент БПВ [326,362]. Оптимальные энергетические режимы для лазеров с длиной волны около 2000 нм и для эффективной и безопасной облитерации ствола МПВ к сегодняшнему дню достоверно не определены.

- Катетер для радиочастотной облитерации рекомендуется позиционировать сразу дистальнее устья поверхностной надчревной вены или на 2 см дистальнее СФС, если поверхностная надчревная вена не лоцируется [365].

УДД 5 УУР С

Комментарий 1. *Считается, что позиционирование катетера на расстоянии менее 2 см от СФС может стать причиной развития ТИТ.*

Комментарий 2. *Технология «Closure»/ «Venefit» известна с 1998 г. как биполярная облитерация катетером ClosurePLUS. Данная технология не получила широкого распространения из-за трудоемкости, длительности и большого числа осложнений. В 2007 г. появился катетер ClosureFAST (ныне Venefit). Мощность воздействия регулируется в автоматическом режиме за счет обратной связи через термодатчик в рабочей части катетера, обеспечивая постоянную температуру рабочей части катетера во время цикла воздействия в 120 ° С. Частота облитерации при этом составляет 94-98% через 12 мес. [366], 92,6% - через три года [367] и 91,9% через 5 лет [368]. Технология «RFiT» (Radiofrequency-induced thermotherapy) - радиочастотно-индуцированная термическая биполярная облитерация. Генератор переменного высокочастотного тока обеспечивает нагрев тканей при вытягивании катетера в диапазоне 70-100 ° С [369,370]. Продолжается поиск оптимальных режимов выполнения данной процедуры, в эксперименте показана максимальная эффективность режима 6 Вт, вытягивание катетера на 0,5 см каждые 6 сек (ЛПЭ 72 Дж/см) [371]. Частота облитерации достигает 88,7% на сроке в 1 год [372]. Технология «EVFR» представляет собой радиочастотно-индуцированную монополярную облитерацию (используется гибкий пластинчатый электрод с наконечником в 5 мм). Техническая эффективность метода достигает 96% через один месяц и 89% в течение года с низкой частотой осложнений [373], а также не отличается от использования технологии «Venefit» при 5-летнем периоде наблюдения по рейтингу окклюзии (87,6% против 87,8%), рецидиву варикозных вен (10,3% против 12,9%) и тяжести ХЗВ по VCSS [374]. На данный момент доказательная база для последних двух технологий недостаточна [369]. Необходимо отметить, что в зарубежных рекомендациях разного уровня обычно не проводится отдельный анализ эффективности и безопасности модификаций РЧО и они объединены одним термином, несмотря на существенные различия в механизме действия на биологические ткани. Предлагаемые ниже рекомендации базируются на исследованиях с применением первой технологии, экстраполировать их на другие модификации РЧО не следует.*

- При выполнении радиочастотной облитерации (радиочастотной термоабляции) рекомендуется проведение двух стандартных (продолжительностью 20 сек) циклов воздействия в приустьевом отделе и одного цикла по ходу вены [365].

УДД 5 УУР С

Комментарий. Существует ряд исследований, утверждающих необходимость увеличения количества энергетических циклов для повышения эффективности процедуры [375–377]. В то же время, другие авторы пришли к выводу, при соблюдении стандартных параметров процедуры диаметр не влияет на вероятность достижения окклюзии [378]. Допускается увеличение количества стандартных циклов воздействия в приустьевом отделе и по ходу вены в зависимости от особенностей подвергаемой воздействию вены (большой диаметр, локальные расширения, впадение крупных притоков или перфорантных вен). Оптимальным диаметром вены для РЧО рекомендуется считать 2–20 мм, что не исключает возможности облитерации вен большего диаметра [365].

- Рекомендуется относить к побочным эффектам и осложнениям при проведении термических методов лечения у пациентов с ХЗВ: боли, внутрикожные кровоизлияния, гематомы, неврологические нарушения, инфекционные осложнения, ВТЭО [379].

УДД 5 УУР С

Комментарий. Неврологические нарушения (парестезии, гипер-, гипо- естезии, анестезия) возникают в результате термического повреждения кожных ветвей n. suralis или n. saphenus. Тяжелый и длительный неврологический дефицит встречается крайне редко. Крайне редкие осложнения, требующие лечения в зависимости от особенностей конкретного случая: инфекционные осложнения, фрагментация эндовенозного устройства (части световода) [379], острое нарушение мозгового кровообращения (описание единичного случая у пациента с подтвержденным дефектом межпредсердной перегородки) [380], формирование артерио-венозной фистулы [381–386]. Ожоги кожи и подкожной клетчатки являются эксклюзивными осложнением ЭВЛО, связанным с недостатком или отсутствием изолирующего «футляра» из физиологического раствора или анестетика.

- Рекомендуется применение НПВП (АТХ: М01А, нестероидные противовоспалительные и противоревматические препараты) и эластической компрессии (А15.12.002 Эластическая компрессия нижних конечностей) при воспалении подкожных вен и для купирования болей после ЭВЛО или РЧО [76,78].

УДД 5 УУР С

Комментарий. Болевой синдром после ЭВЛО обычно характеризуется низкой или умеренной интенсивностью

- При термоиндуцированном тромбозе I типа не рекомендуется изменять тактику ведения пациента и фиксировать названную находку в медицинской документации в качестве осложнения [387,388].

УДД 2 УУР С

Комментарий. Для описания термоиндуцированного тромбоза наиболее распространена классификация L. Kabnick [389]. Эта классификация доступна в приложении А1. ТИТ I типа представляет собой окклюзию поверхностной вены непосредственно до уровня впадения в глубокую («термическая кроссэктомия») и часто расценивается, как положительный исход операции. Проведенные исследования демонстрируют, что такой подход не повышает риск развития ВТЭО [388]. В настоящее время нет убедительно доказанных факторов риска развития термоиндуцированных тромбозов [252,390,391]. Термически индуцированный тромбоз бедренной или подколенной вены является наиболее характерным вариантом ВТЭО после термооблитерации, который, однако, очень редко приводит к развитию легочной эмболии (до 0,03% без описанных фатальных исходов) и полностью рассасывается в течение 4 недель [251,392,393].

- При термически индуцированном тромбозе II типа рекомендуется динамическое наблюдение без фармакотерапии, или применение антиагрегантов (АТХ: B01AC, антиагреганты, кроме гепарина) с еженедельным наблюдением, или применение антикоагулянтов (АТХ: B01, антитромботические средства) с еженедельным наблюдением [387].

УДД 5 УУР С

Комментарий. В качестве антиагрегантов (АТХ: B01AC, антиагреганты, кроме гепарина) при лечении термоиндуцированного тромбоза в опубликованных исследованиях применялась ацетилсалициловая кислота**. При ТИТ II типа пациентам могут быть назначены антиагреганты (АТХ: B01AC, антиагреганты, кроме гепарина) или антикоагулянты (АТХ: B01, антитромботические средства) (профилактические или лечебные дозы) с еженедельным наблюдением [387,394].

- При термически индуцированном тромбозе III и IV типа рекомендуется проведение антикоагулянтной терапии [387,394].

УДД 5 УУР С

Комментарий. Пациенты должны наблюдаться еженедельно и при ретракции или регрессе тромба производится коррекция терапии. При выявлении ТИТ IV типа рекомендуется ведение пациентов согласно протоколу лечения венозного тромбоза [253].

- При обнаружении клей-индуцированного тромбоза и других разновидностей ассоциированного с облитерацией продолженного тромбоза рекомендуется описывать, классифицировать и вести пациентов в соответствии с положениями для ТИТ [233].

УДД 5 УУР С

3.4.3.4. Нетермические нетумесцентные методы (НТНТ)

Под НТНТ-облитерацией (НТНТ, non-tumescent non-thermal, NTNT) понимают использование метода цианакрилатной облитерации магистральных вен (ЦАО) с помощью специального клея (на мировом рынке представлено несколько клеевых композиций, отличающихся по своей рецептуре, физико-химическим свойствам, скорости полимеризации, а также по средствам доставки: «VenaSeal», «VariClose», «VenaBlock», при этом на территории России зарегистрирована только методика «VenaSeal»), а также модифицированную склерооблитерацию с механическим повреждением венозной стенки (на мировом рынке методика представлена устройствами «ClariVein» и «Flebogrif», отличающихся по механизму повреждения венозной стенки и характеру применяемого склерозанта, при этом в России зарегистрирована только технология «Flebogrif»).

- Клеевая цианоакрилатная облитерация рекомендуется в качестве альтернативы термической облитерации для устранения рефлюкса по магистральным подкожным венам у пациентов с варикозной болезнью [261,395–397].

УДД 1 УУР В

Комментарий 1. Современные систематические обзоры и метаанализы демонстрируют сопоставимую или превосходящую техническую эффективность ЦАО в сравнении с ЭВЛО и РЧО при среднесрочном периоде наблюдения в течение 1-2 лет при сходном влиянии на тяжесть ХЗВ и качество жизни наряду со снижением интенсивности периоперационной боли, частоты повреждения кожных нервов, риска развития индукции и гиперпигментации в сравнении с методами термической облитерации [261,395,396]. В рамках одного сетевого метаанализа ЦАО была признана лучшим методом облитерации ствола БПВ по сравнению с ЭВЛО, РЧО, склеротерапией и открытой хирургией по соотношению стойкости окклюзии в долгосрочном периоде и

выраженности периоперационной боли [261]. Среди всех методик ЦАО наиболее изученной является технология «VenaSeal», демонстрирующая преимущества перед ЭВЛО, РЧО, МХО, склеротерапией и открытой хирургией в отношении технического результата, периоперационных болей, а также риска развития осложнений. Между тем, в рамках другого систематического обзора был отмечен дефицит данных об эффективности применения ЦАО при большом диаметре подкожных вен (>10 мм) [397].

Комментарий 2. Согласно систематическому обзору, наиболее частым осложнением ЦАО является флебит облитерированных вен, частота развития которого может достигать 25% [398]. К более редким специфическим осложнениям относят реакции гиперчувствительности немедленного и замедленного типа, которые могут проявляться разнообразными аллергическими состояниями, в том числе через несколько месяцев после вмешательства, подкожную гранулёму, а также клей-индуцированный тромбоз (КИТ, *endovenous glue-induced thrombosis, EGIT*) [398,399].

Комментарий 3. Решение о выполнении ЦАО должно строиться на оценке индивидуального баланса пользы и риска, учитывая преимущества метода и вероятность развития специфических осложнений, включая отсроченные аллергические реакции. Максимальное преимущество могут получить больные с низким болевым порогом, стремящиеся избежать многочисленных инъекций, испытывающие трудности при использовании компрессионного трикотажа, а также имеющие трофические нарушения, требующие облитерации ствола БПВ на голени.

- Рекомендуется рассмотреть механохимическую облитерацию в качестве альтернативы термической облитерации и клеевой цианакрилатной облитерации для устранения рефлюкса по магистральным подкожным венам у пациентов с варикозной болезнью [261,395,396,400].

УДЦ 1 УУР С

Комментарий 1. Имеющиеся на сегодняшний день результаты систематических обзоров и метаанализов демонстрируют противоречивые результаты. Согласно одним сведениям, МХО обладает сопоставимой технической эффективностью в сравнении с методами термической облитерации, но ассоциируется с меньшей интенсивностью периоперационной боли и меньшим риском повреждения кожных нервов [395,400]. Другие систематические обзоры демонстрируют недостаточную техническую эффективность МХО в сравнении с ЭВЛО, РЧО, ЦАО и открытой хирургией [261,396]. При этом наиболее изученным методом является метод

«ClariVein», в то время как для «Flebogrif» имеются результаты преимущественно несравнительных исследований [401].

Комментарий 2. Решение о выполнении МХО должно строиться на оценке индивидуального баланса пользы и риска, учитывая преимущества метода и недостаточно высокую техническую эффективность. Максимальное преимущество могут получить больные с низким болевым порогом, стремящиеся избежать многочисленных инъекций, в особенности при наличии трофических нарушений, требующих облитерации ствола БПВ на голени, при условии отсутствия потребности в надежной долгосрочной окклюзии целевой вены.

3.4.4. Устранение горизонтального рефлюкса

- Рекомендуется проводить ультразвуковое исследование вен нижних конечностей для оценки состояния перфорантных вен в положении пациента стоя [196].

УДД 5 УУР С

Комментарий. Показанием к устранению перфорантных вен может служить только объективно зарегистрированный с помощью ультразвукового сканирования патологический рефлюкс по ним. Объективная оценка состоятельности перфорантных вен возможна только при ультразвуковом сканировании в вертикальном положении пациента. В связи с этим, неверной следует признать сложившуюся практику исследования перфорантов в горизонтальном положении пациента. Даже при выявлении несостоятельности перфорантной вены следует принимать во внимание особенности течения заболевания у конкретного пациента, локализацию перфоранта и его характеристики.

- Рекомендуется устранение рефлюкса по перфорантной вене в случае, если данный перфорант является клинически значимым источником рефлюкса [75,76,188,189]

УДД 2 УУР С

Комментарий. Целесообразно проводить вмешательства на венах диаметром более 3,5 мм с продолжительностью рефлюкса по ним более 0,5 с, локализующихся в зоне открытой или зажившей ТЯ (классы C5 и C6) [75,76,89,101,104]. По мнению экспертов, в ряде случаев целесообразно вмешательство на перфорантных венах в зоне трофических расстройств при классе C4. Во всех остальных случаях целесообразность хирургического вмешательства на перфорантных венах сомнительна, поскольку доказательств эффективности такого подхода нет. Устранение перфорантных вен не повышает эффективность вмешательства: не облегчает симптомы, не улучшает качество жизни

и не снижает риск рецидива при неосложненной варикозной болезни [402–404]. В то же время у пациентов с наличием венозных трофических язв устранение перфорантного сброса ассоциируется с высоким шансом на заживление дефекта кожи, который не всегда является отражением коррекции перфорантного рефлюкса ввиду комбинированного характера лечения в рамках несравнительных исследований [188,189].

- Для устранения перфорантных вен при ХЗВ рекомендуются малоинвазивные вмешательства: надфасциальная перевязка с применением крючков для минифлебэктомии (веноэкстракторы), эндоскопическая диссекция перфорантных вен (SEPS), склеротерооблитерация, лазерная или радиочастотная облитерация (радиочастотная термоабляция) под ультразвуковым контролем [188,189,402,405–407]

УДД 2 УУР С

Комментарий. Кроме классического способа лигирования перфоранта через разрез, выделяют еще два варианта открытой чрескожной диссекции недостаточных перфорантных вен. В первом случае после предварительного ультразвукового картирования или под ультразвуковой навигацией несостоятельная перфорантная вена эпифасциально разрушается с использованием крючка для минифлебэктомии. Второй вариант предполагает чрескожную перевязку недостаточной перфорантной вены с помощью погружной лигатуры. В условиях трофических изменений кожи от разрезов в пораженной области следует воздержаться. Применение термических методов лечения не имеет ограничений по локализации ПВ, не требует отсрочки лечения в связи с наличием отека, индурации, атрофии кожи, выполнимо даже на фоне открытой трофической язвы. Частота окклюзии перфорантных вен после ЭВЛО достигает 89% на сроке наблюдения в 1 год [188,406]. В сравнительном исследовании термооблитерация несостоятельных перфорантных вен в дополнение к ЭВЛО БПВ у пациентов с венозной язвой не изменило частоту заживления язв, но ускорило заживление с 3,3 мес. (95% ДИ 2,5–4,1) до 1,4 мес. (95% ДИ 1,15–1,66) [405]. Для ЭВЛО, в зависимости от анатомических особенностей, могут использоваться световоды с торцевым и радиальным излучением как обычного калибра, так и тонкие [408]. Оптимальные энергетические режимы и методика ЭВЛО перфорантов пока не определены. РЧО перфорантных вен обеспечивает стойкую окклюзию на уровне 77% через 1 год наблюдения [188]. Применение технологии первого поколения продемонстрировало окклюзию 81% перфорантных вен через 5 лет наблюдения [407]. Для РЧО перфорантных вен используется специально разработанный стилет. В целом, ввиду малой

травматичности, термооблитерация представляется наиболее эффективным методом устранения патологического рефлюкса по перфорантным венам [409]. Показания к применению эндоскопической субфасциальной диссекции перфорантных вен в настоящее время значительно сузились, ее следует использовать лишь при неэффективности малоинвазивных способов или в ситуациях, когда их применение невозможно [410,411]. Открытая диссекция перфорантных вен (метод Линтона-Фельдера) для пересечения несостоятельных ПВ не должна применяться в хирургии ВБНК в связи с высокой травматичностью и наличием альтернативных методик.

3.4.5. Альтернативные (веносохраняющие) малоинвазивные методы лечения

- Рекомендуется использование метода CHIVA в определенных клинических ситуациях при достаточном владении и понимании данной методики [412–417].

УДЦ 1 УУР С

Комментарий. Методика CHIVA, включает в себя разные технические подходы, применяемые у каждого пациента индивидуально в зависимости от типов обнаруженных шунтов при ультразвуковом исследовании [412–415]. Действия врача-хирурга, выполняющего вмешательство CHIVA, направлены на ликвидацию точек сброса крови (escape point) и сохранение точек возврата крови (re-entry point). С целью «фрагментации рефлюкса» по БПВ несостоятельный ствол лигируется у устья (или в том месте, где начинает формироваться рефлюкс по стволу, например в перфорантной вене на бедре) и ниже одного из перфорантов, расположенных дистальнее несостоятельного сегмента БПВ. Варикозно-расширенные притоки БПВ лигируются у места впадения в ствол, при этом они могут быть удалены, а могут быть сохранены в расчете на редукцию их просвета. Таким образом, обеспечивается дренаж сохраненного ствола БПВ в дистальном направлении, т.е. рефлюкс по стволу сохраняется, но весь объем крови из ствола дренируется через перфорантную вену [412]. Результаты двух РКИ свидетельствуют о меньшей частоте рецидива варикозной болезни у пациентов, перенесших CHIVA, в сравнении с теми, кто перенес комбинированную флебэктомию [418,419]. Эти данные подтверждаются результатами сетевого метаанализа опубликованных РКИ [416]. Опубликован Кокрановский обзор четырех РКИ, включивших 796 участников. В трех РКИ сравнили CHIVA с флебэктомией, в одном – с компрессионной терапией у пациентов с ТЯ [420]. Анализ данных подтвердил меньшую частоту рецидивов и осложнений после CHIVA. Тем не менее отмечено, что все

исследования были достаточно низкого качества и для подтверждения результатов анализа требуются новые сравнительные исследования.

- Рекомендуется использование метода ASVAL у определенной категории пациентов с ХЗВ [421–425].

УДД 2 УУР В

Комментарий. ASVAL подразумевает устранение варикозно измененных притоков БПВ при сохранении несостоятельного ствола. При этом у значительного числа пациентов отмечаются исчезновение патологического рефлюкса и существенное уменьшение диаметра БПВ [422–424,426]. В проспективном исследовании с участием 67 пациентов через 1 год после изолированного устранения варикозно измененных притоков в 66% случаев было зарегистрировано полное исчезновение рефлюкса в БПВ. Значительное уменьшение диаметра подкожной вены наблюдалось в 100% случаев. Рецидив в течение 1 года развился у 10,8% пациентов, в отдаленное периоде наблюдения в течение 5 лет этот показатель составил 66,3% [427,428]. Была также показана возможность восстановления клапанной функции ствола БПВ при выполнении склеротерапии варикозных притоков изолированно или в сочетании с ЭВЛО перфорантных вен или прямых фрагментов варикозных притоков у места впадения в ствол [429,430]. При этом изолированная склеротерапия ассоциировалась с высокой частотой спонтанной окклюзии ствола БПВ (до 34%). В рамках систематического обзора было показано, что через 1 год после выполнения вмешательства по принципам ASVAL частота восстановления клапанной функции первично несостоятельной БПВ достигает 68%, а частота рецидива варикозных вен колеблется в пределах от 0,5% до 13,5% [421]. В рамках РКИ SAPTAP было показана эквивалентная эффективность с точки зрения оценки качества жизни изолированной флебэктомии с последующей возможной облитерацией ствола БПВ через 9 мес. при сохранении симптомов в сравнении с одномоментной стволовой облитерацией и минифлебэктомией. При этом в группе изолированного удаления притоков повторное вмешательство с облитерацией ствола БПВ потребовалось только в 25,6% случаев, а сам подход был признан более экономически выгодным [425].

3.4.6. Удаление (флебэктомия) варикозно измененных подкожных вен

- Рекомендуется удаление варикозно измененных подкожных вен у пациентов с ХЗВ C2-C6 [185,431].

УДД 2 УУР А

Комментарий. *Флебэктомия варикозно измененных подкожных вен может выполняться в сочетании с любым методом устранения патологического вертикального или горизонтального рефлюкса, а также в качестве самостоятельной операции при отсутствии рефлюкса.*

- Для устранения варикозно расширенных подкожных вен рекомендуется методика с применением специальных флебэктомических крючков (веноэкстракторов) [432–436].

УДД 5 УУР С

Комментарий. *В РФ методика традиционно называется «минифлебэктомия» или «микрофлебэктомия». Методика подразумевает использование специальных флебэктомических крючков (веноэкстракторов), удаление варикозных вен через проколы кожи иглой калибра 18G или лезвием скальпеля №11 с предоперационной маркировкой варикозных вен.*

- Методика минифлебэктомии является безопасной и эффективной, ее рекомендуется выполнять под местной анестезией [432–436].

УДД 5 УУР С

Комментарий. *Другие способы (прошивание вен, удаление вен из отдельных разрезов) более травматичны и приводят к худшим результатам.*

- Не рекомендуется специальное лечение по поводу гематом в зоне удаления варикозно расширенных подкожных вен [437].

УДД 5 УУР С

Комментарий. *Гематома является редким осложнением и, обычно, самостоятельно регрессирует на фоне адекватной компрессии. По решению лечащего врача возможна пункция и эвакуация гематомы.*

3.5. Рецидив варикозного расширения вен нижних конечностей

Причиной повторного развития варикозно-трансформированных вен являются естественное прогрессирование заболевания, неоваскуляризация, резидуальные вены, а также сочетание этих причин [438–440]. К наиболее частым причинам рецидива варикозных вен, связанным с планированием вмешательства, относятся:

- сохранение несостоятельной БПВ и/или МПВ (за исключением случаев применения способов CHIVA и ASVAL);

- намеренно оставленные в расчете на их исчезновение, но не устраненные впоследствии при сохранении их расширения несостоятельные притоки БПВ и/или МПВ;

Технические причины рецидива, возникшие непосредственно во время хирургического вмешательства, могут быть следующими:

- оставление культы и/или сегмента БПВ и/или МПВ с наличием патологического рефлюкса в притоки (при кроссэктомии);
- неадекватная техника проведения эндовазальных методик облитерации, связанная с нарушением протокола вмешательства, приведшая к неполноценной облитерации вены (в т.ч. использование низкой энергии при эндовазальных методиках, введение недостаточной концентрации и/или дозы склерозирующего агента)

Прогрессированием заболевания считают:

- поражение нового венозного бассейна (БПВ и/или МПВ);
- варикозная трансформация ранее интактных стволов БПВ и/или МПВ и/или их притоков;
- формирование рефлюкса в ранее состоятельной перфорантной вене;
- неоваскуляризация.

Не относятся к рецидивным варикозные вены, сохраняющиеся на этапах лечения при незавершенном курсе инвазивных процедур.

- Рекомендуется выполнение дуплексного сканирования вен нижних конечностей всем пациентам с рецидивом варикозного расширения вен нижних конечностей для определения причин повторного развития ВБНК, выявления сосудов с патологическим рефлюксом, оценки его протяженности, картирования и маркировки данных сосудов, а также оценки проходимости глубокой венозной системы [441,442].

УДД 4 УУР С

- Не рекомендуются повторные «открытые» операции в зоне сафено-фemorального и сафено-поплитеального соустья у пациентов с рецидивом варикозного расширения вен нижних конечностей, так как подобные вмешательства сопряжены с высоким риском развития осложнений, а также это не предотвращает повторного развития рецидива ВБНК [443].

УДД 4 УУР С

Комментарий. Открытые оперативные вмешательства, направленные на устранение рецидивных или резидуальных вен, могут представлять определенные сложности, обусловленные измененной после операции анатомией и структурой окружающих тканей. Кроме того, они ассоциированы с повышенным риском осложнений, таких как повреждение прилежащих сосудов и нервов, что проявляется высокой частотой парестезий в послеоперационном периоде, а также с высоким риском инфекционных осложнений [78,300,307,444]. Исследования показали, что проведение открытых операций у пациентов с рецидивом заболевания требует использования большего объема местного анестетика либо они связаны с необходимостью более продолжительной общей анестезии при проведении операции под местной или под общей анестезией, соответственно [444]. Тем не менее операции по поводу рецидивов варикозной болезни являются достаточно эффективным методом их лечения. Учитывая описанные выше сложности, такие вмешательства должны выполняться в специализированных сосудистых стационарах хирургами, имеющими достаточный опыт.

- У пациентов с симптомным рецидивом ВРВ для инвазивного лечения рекомендуется рассмотреть выполнение эндовенозных методов термооблитерации, ультразвуковой контролируемой пенной склеротерапии, открытых оперативных вмешательств, а также их сочетанное применение, в зависимости от вида рецидива, размеров варикозно расширенных вен, выбора пациента, технической оснащенности, опыта специалиста [233].

УДД 5 УУР С

- Рекомендуется использование эндовазальных методов термооблитерации у пациентов с рецидивом варикозного расширения вен нижних конечностей [300,307,308,444,445].

УДД 2 УУР А

Комментарий. Задача применения методов термооблитерации – устранение патологических рефлюксов из глубоких вен в поверхностные. Результаты проведенных рандомизированных клинических исследований показывают равную эффективность эндовенозных методов термооблитерации по сравнению с открытыми хирургическими вмешательствами в коррекции рецидива при меньшей частоте осложнений при применении эндовенозных методов [300,307,308,444,445].

- Рекомендуется использование пенной склеротерапии у пациентов с рецидивом варикозного расширения вен нижних конечностей [192,194,446,447].

УДД 4 УУР С

Комментарий. Склерооблитерация применима как для устранения патологических рефлюксов из глубоких вен в поверхностные, так и для устранения рецидивных варикозно измененных вен. Применение методов термооблитерации для устранения патологических рефлюксов не всегда возможно в связи с чрезмерной извитостью рецидивных вен, отсутствием необходимого оборудования, опыта. Склерооблитерация легче в исполнении и позволяет проводить коррекцию поэтапно. Склеротерапия может применяться как самостоятельный метод лечения рецидива, так и в сочетании с открытой хирургией или термооблитерацией [192,194,446,447].

- Рекомендуется выполнение минифлебэктомии у пациентов с рецидивом варикозного расширения вен нижних конечностей [448].

УДД 4 УУР С

Комментарий. При коррекции рецидива варикозного расширения вен частота исчезновения патологического рефлюкса у пациентов, перенесших изолированную минифлебэктомию сопоставима с результатами в группе с открытыми и эндовенозными хирургическими методами. Тем не менее, изолированная минифлебэктомия снижает риск развития послеоперационных осложнений, может выполняться в условиях местной анестезии, а также ассоциирована с коротким периодом реабилитации [448].

3.6. Венозные трофические язвы

- Рекомендовано использовать компрессионную терапию при любой трофической язве венозной этиологии [449,450].

УДД 1 УУР А

Комментарий. Компрессионная терапия может быть единственным достаточным методом для полноценного заживления трофической язвы (ТЯ). При открытой язве с явлениями отека, целлюлита и выраженной экссудации предпочтение следует отдавать многослойным компрессионным бандажам, сформированным из эластичных бинтов короткой растяжимости, или многокомпонентным бандажам, сочетающим эластичные бинты короткой и длинной растяжимости, после купирования воспаления и уменьшения степени экссудации – переход на специальный компрессионный трикотаж 2–3 класса компрессии. Использование однослойных и однокомпонентных высокорастяжимых бандажей является неэффективным.

- Рекомендуется использование двухслойного компрессионного трикотажа и многослойных эластичных биндажей с уровнем давления не менее 40 мм. рт. ст. у пациентов с ХЗВ С6 для лечения венозных трофических язв [125,451]

УДД 2 УУР А

Комментарий. Впервые ассоциация данного уровня давления с шансом на заживление ТЯ была определена в рамках РКИ по изучению эффективности использования четырехслойного компрессионного биндажа [451]. Использование МЭКИ 1, 2 и 3-го классов способствует снижению частоты рецидивов ТЯ с тенденцией к большей эффективности высокого компрессионного класса. Вместе с тем основным фактором является приверженность больных лечению, что заставляет применять у некоторых пациентов меньший компрессионный класс. Наибольшую эффективность демонстрирует двухслойный компрессионный трикотаж с высоким уровнем жесткости, суммарная компрессия которого при сочетании двух слоев соответствует 35–40 мм. рт. ст. (3 класс компрессии). Вместе с тем многие исследования подтверждают высокую эффективность многослойного бинтования при лечении язв, уровень компрессии которого также соответствует 40 мм. рт. ст., что может рассматриваться как альтернатива компрессионному трикотажу [452,453]. Есть сведения, что дальнейшее увеличение компрессии повышает эффективность [454].

- Рекомендуется использование нерастяжимых регулируемых компрессионных систем у пациентов с ХЗВ С6 для лечения венозных трофических язв [455].

УДД 3 УУР С

Комментарий. Нерастяжимые регулируемые компрессионные системы представляют собой изделия для самостоятельного использования пациентами, которые в зависимости от степени натяжения застежек обеспечивают разнообразный уровень давления покоя, а также отличаются высоким индексом жесткости, коррелирующим с исходным давлением [456]. Их применение при венозных ТЯ ассоциируется с ускорением заживления, снижением стоимости лечения, сокращением числа визитов в лечебные учреждения и улучшением качества жизни [455].

- Рекомендуется в дополнение к ФЛС использовать нестероидные противовоспалительные препараты (АТХ: М01А, нестероидные противовоспалительные и противоревматические препараты), антигистаминные средства системного действия (АТХ: R06А, антигистаминные средства системного действия), антибактериальные препараты (АТХ: J01, Антибактериальные

препараты системного действия) у пациентов с ХЗВ, имеющим трофические нарушения и язвы для устранения ассоциированных с данными формами ХЗВ симптомов [76,78].

УДД 5 УУР С

Комментарий. *Нестероидные противовоспалительные препараты (АТХ: М01А, нестероидные противовоспалительные и противоревматические препараты) используют при венозных язвах, сопровождающихся выраженным болевым синдромом, который свидетельствует о поражении фасции, сухожилий и надкостницы. Обычно их назначают в виде раствора для инъекций или в свечах. Антигистаминные препараты (АТХ: R06А, антигистаминные средства системного действия) назначают при наличии зуда кожи и других признаков аллергического дерматита или экземы, вплоть до полного их исчезновения. Показанием к проведению антибактериальной терапии служат признаки острого инфекционного воспаления мягких тканей, окружающих трофическую язву, или высокая степень ее бактериальной контаминации, при наличии синдрома системной воспалительной реакции. В случае отсутствия системного ответа на инфекционно-воспалительный процесс в зоне изъязвления следует отдавать предпочтение местной санации гнойного очага с использованием растворов антисептиков, интерактивных повязок, физических средств.*

- Хирургический дебридмент рекомендуется как предпочтительный метод местного лечения на первоначальном этапе очистки венозных язв [457–459].

УДД 3 УУР В

Комментарий. *Местное лечение венозных ТЯ один из основных компонентов лечения. Дебридментом ТЯ называют оздоровление раневого ложа путем удаления некротической и бактериально загрязненной ткани, фибринового налета, инородных тел и инфицированного раневого экссудата. Хирургический дебридмент - удаление некротизированных тканей и фибринового налета с помощью скальпеля, кюретки, ножниц, ложечки Фолькмана или лазера в операционных и/или стационарных/амбулаторных условиях. Считается самым быстрым и эффективным методом дебридмента язв. В рамках систематического обзора не было выявлено РКИ для оценки влияния хирургического дебридмента на шанс заживления ТЯ [460].*

- Рекомендовано применение местного лечения у пациентов с ХЗВ С6 в дополнение к компрессионной терапии и системной фармакотерапии для заживления трофических язв [197,461]

УДД 1 УУР С

Комментарий. Целесообразно использовать современные раневые покрытия, адаптированные к стадии раневого процесса, создающие сбалансированную влажную среду, оптимальную для регенераторных процессов. Выбор конкретных лечебных средств зависит от особенностей раневого процесса, состояния тканей, окружающих трофическую язву. Выбор перевязочного средства требует обязательного учета фазы течения раневого процесса и степени экссудации. Виды перевязочных средств представлены в таблице 5. Поверх раневого покрытия обязательно следует наложить компрессионный биндаж. В соответствии с результатами систематического обзора сетевым метаанализом на сегодняшний день накоплено недостаточно данных для определения оптимального метода местного лечения ТЯ, влияющего на шанс ее полного заживления [461].

Таблица 5. Современные перевязочные средства, применяющиеся для лечения венозных трофических язв

Группы повязок	Фаза раневого процесса	Степень экссудации	Функциональные свойства
Губчатые повязки	1 - 2	Раны со средней или выраженной экссудацией	Паропроницаемы. Активно абсорбируют жидкость, поддерживая сбалансированную влажную среду. Стимулируют грануляции, защищают кожу от мацерации. Хорошо сочетаются с эластичной компрессией.
Альгинатные повязки			Необратимо связывают жидкость, поддерживая сбалансированную влажную среду и способствуя очищению раны, дренированию и гемостазу. Стимулируют рост и развитие грануляционной ткани. Не нарушают микроциркуляцию и оксигенацию краев язвы. Требуют дополнительного применения вторичной повязки и средств фиксации.
Гидрогели	2 - 3	Раны с минимальной экссудацией	Создают и длительно поддерживают влажную среду, прозрачны. Умеренно поглощают и очищают, уменьшают боли, не адгезивны.
Гидроколлоиды	2	Раны с малой или средней экссудацией	Паропроницаемы. Частично проницаемы для воздуха. Абсорбируют жидкость, стимулируют грануляции и эпителизацию, защищают от вторичного инфицирования.
Атравматические сетчатые повязки	Все фазы		Хорошо проницаемы, легко моделируются на ранах сложной конфигурации. Не прилипают к ране, защищают грануляции, но требуют дополнительного применения вторичной повязки и средств фиксации.

Коллагеновые	2 - 3	Раны с малой экссудацией	Легко моделируются на ранах сложной конфигурации. Стимулируют рост и развитие грануляционной ткани. Не нарушают микроциркуляцию и оксигенацию краев язвы.
--------------	-------	--------------------------	---

- Не рекомендовано применение современных антисептиков (АТХ: D08A, Антисептики и дезинфицирующие средства) для местного лечения у пациентов с ХЗВ С6 для заживления трофических язв [462].

УДД 3 УУР С

Комментарий. *Современные антисептики неэффективны в очищении венозных язв и обладают цитотоксичным действием.*

- Рекомендовано применение сульфата азота серебра у пациентов с ХЗВ С6 для заживления трофических язв [462].

УДД 3 УУР В

- Рекомендовано применение дополнительных методов местного лечения у пациентов с ХЗВ С6 для заживления трофических язв [462].

УДД 3 УУР В

Комментарий. *К дополнительным методам местного лечебного воздействия на ТЯ относят лазерное облучение, вакуумную обработку раны, ее биологическую санацию и лечение в управляемой абактериальной среде.*

*Каждая перевязка на любом этапе лечения должна включать щадящий туалет ТЯ, уход за окружающими тканями и, в зависимости от конкретной клинической ситуации, применение современных раневых покрытий и/или топических лекарственных средств. Кратность перевязок зависит от проявлений раневого процесса (наличия некротических тканей, количества и характера раневого экссудата, грануляций, выраженности эпителизации и др.). При обработке язвы оптимальным можно считать струйное промывание ее поверхности стерильным, подогретым до 37°C, 0,9% раствором натрия хлорида**. Следует избегать применения концентрированных антисептиков (АТХ: D08A, Антисептики и дезинфицирующие средства, повидон-йод**, водорода пероксид** и др.), традиционно используемых при лечении острых ран, поскольку они не только уничтожают микроорганизмы, но и оказывают цитотоксическое действие, повреждая грануляционную ткань. Лаваж под повышенным давлением, вихревая терапия нежелательны, так как способствуют проникновению микроорганизмов в толщу тканей и повреждают микроциркуляторное русло. Хирургическую обработку или дебридмент*

проводят при наличии большого количества некротических тканей и фибрина. При этом в ходе процедуры не следует стремиться обнажить дно ТЯ. Дальнейшее местное лечение зависит от фазы раневого процесса.

Терапия отрицательным давлением (VAC-терапия) помогает улучшить результаты лечения сложных венозных язв и ведет к ряду серьезных изменений в клинической практике в течение последних десяти лет. VAC-терапия должна использоваться как часть индивидуального комплексного плана лечения. Ее задачами служат удаление экссудата, уменьшение отека вокруг раны, улучшение микроциркуляции, уменьшение размера язвы, оптимизация раневого ложа, ускорение роста грануляционной ткани, снижение сложности процедур хирургического закрытия ран. Доказательства низкого качества подразумевают положительное влияние VAC-терапии на шанс заживления ТЯ нижних конечностей различной природы [463].

- Рекомендовано выполнять ранние хирургические вмешательства, направленные на коррекцию венозной гемодинамики с преимущественным использованием малоинвазивных технологий, не дожидаясь полного заживления ТЯ консервативными методами [464–467].

УДД 1 УУР А

Комментарий. В отдельных случаях допустимо использование этапных хирургических вмешательств. Рандомизированное клиническое исследование EVRA продемонстрировало, что раннее устранение поверхностного рефлюкса эндоваскулярными методами сокращает средний срок заживления венозной трофической язвы с 82 (95% ДИ, 69-92) дней до 56 (95% ДИ, 49-66) дней и в 1,4 раза увеличивает шанс на заживление в течение 24 недель [468]. В рамках систематического обзора с метаанализом было показано, что выполнение эндовенозной облитерации в дополнение к стандартной терапии увеличивает шанс и уменьшает срок заживления язвы [467].

- Рекомендовано применение shave-therapy у пациентов с длительно незаживающими венозными ТЯ [197,411,469,470].

УДД 4 УУР С

Комментарий. Наряду с операциями на венозной системе, при длительно незаживающих язвах с развитием грубых изменений мягких тканей в виде липодерматосклероза, целесообразно послойное иссечение язвы вместе с измененными тканями и последующей кожной пластикой (shave-therapy). Аутодермопластику расщепленным перфорированным

кожным лоскутом используют как в качестве самостоятельного метода, так и в сочетании с вмешательствами на венозной системе.

3.7 Диетическое лечебное питание пациентов с варикозным расширением вен нижних конечностей

Организация диетического лечебного питания пациентов с варикозным расширением вен нижних конечностей при стационарном лечении в медицинских организациях проводится в соответствии с приказами Министерства здравоохранения РФ от 05.08.2003 N 330 "О мерах по совершенствованию лечебного питания в лечебно-профилактических учреждениях РФ", от 21.06.2013 N 395н (зарегистрирован Минюстом РФ 05.07.2013 N 28995) "Об утверждении норм лечебного питания" и от 23.09.2020 N 1008н "Об утверждении порядка обеспечения пациентов лечебным питанием" [471–473].

4. Медицинская реабилитация и санаторно-курортное лечение, медицинские показания и противопоказания к применению методов медицинской реабилитации, в том числе основанных на использовании природных лечебных факторах.

Порядок разработки и реализации индивидуальной программы реабилитации и абилитации инвалида утвержден и осуществляется согласно Приказу Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации №545н от 26.06.2023 [474]. Объем и спектр реабилитационных мероприятий, безусловно, может быть разным. Тем не менее, необходимо обозначить общие принципы реабилитации больных и инвалидов с ХЗВ, к соблюдению которых следует стремиться во всех случаях.

Суть реабилитационной программы – комплекс мероприятий, направленных на возмещение (компенсацию) утраченных (нарушенных) функций, ограничений жизнедеятельности. Цель программы – повышение качества жизни больного. При ХЗВ указанные задачи реализуются с помощью коррекции поведения, образа жизни и дополнительного комплекса лечебно-профилактических медицинских средств.

- Рекомендовано устранение факторов риска или максимальное снижение их негативного воздействия при реабилитации и ревалидизации пациентов с ХЗВ [57,75].

УДД 5 УУР С

Комментарий 1. *Поскольку развитие ХЗВ происходит в условиях ортостатической нагрузки, одной из ключевых задач реабилитационных мероприятий служит также приведение индивидуальной дневной ортостатической нагрузки в соответствие с возможностями пораженной венозной системы. Важной составной частью реабилитации служит проведение лечащим врачом врачебно-педагогической работы, направленной на детальное выяснение образа жизни пациента, его информирование относительно заболевания и прогноза, а также разработку конкретных рекомендаций по модификации факторов риска.*

Комментарий 2. *коррекция образа жизни (изменение условий труда, увеличение динамической активности, дозированная лечебная ходьба, регулярная разгрузочная гимнастика, плавание, постуральный дренаж) может сопровождаться ослаблением симптомов ХЗВ. Необходимо уменьшить непрерывную и суммарную дневную вертикальную нагрузку, профессиональную и бытовую гиподинамию, физические перегрузки, излишнюю массу тела, а также исключить вредные привычки и*

обстоятельства. Рекомендации по изменению образа жизни включают ежедневную ходьбу, желательно в середине дня или до/после работы (в компрессионном трикотаже, если он рекомендован врачом); отдых с приподнятыми ногами во время перерывов и по возможности; элевацию ножного конца кровати на 10–20 см, чтобы получить угол примерно 10 градусов, кроме пациентов с хронической сердечной недостаточностью, легочной гипертензией, заболеваниями периферических артерий и грыжей пищеводного отверстия диафрагмы; уход за кожей ног (увлажнение кожи для предотвращения высыхания и растрескивания кожи); холодный душ, особенно в теплое время года; ношение свободной одежды, не препятствующей движениям и дыханию; ортопедическая коррекция при дисморфизме стопы, удобная обувь на низком каблуке (<3 см) со стелькой; исключение инсоляций, сауны, горячих ванн; контроль веса [475].

Комментарий 3. Ожирение является фактором риска развития ХЗВ и, возможно, варикозного расширения вен нижних конечностей [476–478]. Возраст и ожирение являются двумя основными факторами риска сердечно-сосудистых заболеваний, с ростом распространенности ожирения и увеличения продолжительности жизни населения ожидается резкий рост бремени сердечно-сосудистых заболеваний [479,480]. В исследовании с использованием дуплексного сканирования значительный рефлюкс наблюдался у пациентов с более высоким ИМТ ($P = 0,006$), при этом возраст и ИМТ положительно коррелировали с клиническим классом ХЗВ [477]. Ретроспективное поперечное исследование, включавшее 482 пациента с ХЗВ, выявило значимую положительную корреляцию между ИМТ и клиническими классами ХЗВ для женщин (0,43), но не для мужчин (0,07). Ожирение ($\text{ИМТ} \geq 30,0$) достоверно чаще встречалось у пациентов с ХЗВ в клинических классах C3 ($p < 0,001$) и C4 ($p = 0,002$) и реже у пациентов с ХЗВ в клиническом классе C1 ($p < 0,001$) [481]. В ретроспективном исследовании эффективности хирургического лечения ХЗВ с оценкой по CIVIQ и VCSS проанализированы результаты операций у 65329 пациентов (77% женщин; 23% мужчин): значительно худшие результаты были отмечены у пациентов с $\text{ИМТ} \geq 35 \text{ кг/м}^2$, а худшие - у пациентов с $\text{ИМТ} \geq 46 \text{ кг/м}^2$. Результаты лечения по изменению CIVIQ и VCSS у пациентов с $\text{ИМТ} \geq 46 \text{ кг/м}^2$ были настолько плохими, что авторы предлагают прежде чем предлагать лечение варикозного расширения вен, рассмотреть возможность снижения веса [482].

Комментарий 4. Существенным резервом для реабилитации пациентов, а также профилактики прогресса венозных заболеваний нижних конечностей служит правильный выбор профессии и разумная организация труда в выбранной специальности. Например, при длительном пребывании в положении «сидя» полезно периодически устраивать

разгрузочные паузы с возвышенным положением нижних конечностей, пользоваться ножным тренажером, расположенным под офисным столом. Простые изменения условий труда, например, оснащение рабочих мест высокими стульями, соблюдение режима труда и отдыха и медицинские консультации, могут оказаться очень эффективными.

- Рекомендованы занятия лечебной физкультурой при заболевании периферических сосудов при реабилитации пациентам с ХЗВ [483–486].

УДД 4 УУР С

Комментарий. Функциональная недостаточность МВП стопы и голени из-за снижения мышечной силы, диапазона движений голеностопного сустава (AROM) и скорости ходьбы играет важную роль в увеличении венозной гипертензии при ХЗВ [483–485]. Лечебная физкультура (ЛФК) рекомендуется для устранения проблемы дисфункции мышечной помпы [487,488]. Повышение тонуса вен можно достигнуть с помощью силовых упражнений для укрепления мышц голени и упражнений на выносливость [475,488–490]. Установлено, что изометрические и изотонические упражнения для укрепления мышц голени у пациентов с венозными язвами приводят к увеличению мышечной силы венозной помпы и AROM, что приводит к уменьшению амбулаторной венозной гипертензии [491,492]. 12-недельная программа изокинетических физических упражнений у пациентов с ХВН приводит наряду с увеличением силы МВП и AROM, к уменьшению боли и улучшению качества жизни [493]. В двойном слепом РКИ установлено, что комплекс физических упражнений, включающий аэробные упражнения на велоэргометре, упражнения на укрепление и растяжку икроножных мышц, в дополнение к компрессионной терапии, замедлили прогрессирование ХВН, уменьшили симптомы и клиническую тяжесть ХВН, улучшили функциональный статус и качество жизни больных [494]. Кохрейновский систематический обзор по применению физических упражнений для лечения ХВН без язв включил 2 РКИ, качество которых расценено авторами как очень низкое [486]. Сделан вывод, что на сегодняшний день недостаточно данных для оценки эффективности физических упражнений при ХВН. Вместе с тем, для пациентов с заболеваниями вен нижних конечностей разработаны специальные протоколы физических упражнений в воде, включающего ходьбу против потока воды для увеличения венозного возврата за счет накачки икроножных мышц [495]. Рекомендуются не только специальные методы ЛФК, осуществляемые под наблюдением врача, но и комплекс простых упражнений, выполняемых пациентом самостоятельно. Целесообразно вводить ежедневные обязательные дозированные пешеходные прогулки,

применять разгружающую ноги гимнастику. Оптимальным видом спорта при всех формах ХЗВ и ХВН можно назвать плавание и аквааэробику. При выборе санаторно-курортного лечения следует ориентироваться на возможность проведения лечебной физкультуры, методик ходьбы (терренкур), плавания [496].

- Рекомендовано применение бальнеотерапии при реабилитации пациентам с ХВН для уменьшения симптомов [475,497–499].

УДД 1 УУР С

Комментарий. Бальнеотерапия (БТ) включает различные лечебные процедуры с использованием минеральной воды (ванны контрастные лечебный, подводный душ-массаж лечебный) и осуществляется на термальных природных курортах в рамках санаторно-курортного лечения ХЗВ. Движение в термальном воде направлено на восстановление работы МВП, а гидростатическое давление уменьшает венозный отек. Подводный массаж и дорожка Кнейпа (чередование горячего и холодного душа) стимулируют кожную вазомоторную реакцию, а подводные упражнения могут помочьотягчающим локомоторным факторам, включая анкилоз колен или голеностопных суставов [497]. Гидростатическое давление действует на ткани и вызывает сжатие кровеносных сосудов, что может способствовать венозному возврату и уменьшению отека и боли [497,500]. Подводная сонография ног показала, что погружение в воду уменьшает диаметр нормальных и варикозных вен, увеличивает спонтанный кровоток и уменьшает рефлюкс, если он присутствует [501]. Тепло и плавучесть воды могут блокировать болевые сигналы, воздействуя на тепловые и механорецепторные рецепторы и увеличивая кровоток. Также существует психическое расслабление, связанное с гидротерапией, которое способствует уменьшению боли [502], а подводные упражнения улучшают отягчающие двигательные факторы и восстанавливают дисфункцию МВП [497]. Было показано, что укрепление голеностопного сустава улучшает мышечную выносливость и может даже восстановить надлежащую насосную функцию мышц [475]. Также отмечается роль типов воды с более высокой плотностью [503]. Крупнейшее на сегодняшний день рандомизированное контролируемое исследование (РКИ) по применению БТ при ХЗВ показало, что БТ обеспечивает значительное улучшение клинических симптомов и качества жизни для людей с далеко зашедшим стадиями ХВН в течение как минимум одного года наблюдения [504]. На основании систематического обзора с метаанализом были сделаны выводы о том, что БТ способна несколько уменьшить выраженность симптомов ХЗВ, возможно, уменьшить

выраженность гиперпигментации, а также улучшить качество жизни, но не влияет на выраженность отека и заживление ТЯ [499].

- Рекомендованы применение физиотерапевтических методов при реабилитации пациентам с ХВН [505,506].

УДД 5 УУР С

Комментарий. *Помимо улучшения гемодинамического состояния, методы физиотерапии направлены на сохранение или реактивацию активных и пассивных механизмов регуляции кровотока нижних конечностей. Спектр физиотерапевтических методов, применяемых при ХВН, эффективность которых объективно доказана, ограничен использованием различных вариантов интермиттирующей пневмокомпрессии (ИПК), электрической стимуляции мышц голени, импульсной магнитотерапии и низкоинтенсивной лазерной терапии (НИЛИ).*

- Рекомендованы применение интермиттирующей пневмокомпрессии при реабилитации пациентам с ХВН [505–507].

УДД 2 УУР В

Комментарий. *Установлено, что ИПК с давлением 120 мм. рт. ст. эффективна при флеболимфедеме, способствует уменьшению болевого синдрома, улучшению венозного кровотока и заживлению трофических язв [505–507].*

- Рекомендованы применение электрической стимуляции мышц голени при реабилитации пациентам с ХВН [508–510].

УДД 4 УУР С

Комментарий. *Современные системы электростимуляции позволяют эффективно активировать функцию мышечно-венозной помпы голени вне зависимости от состояния мышечной ткани, окружающих суставов и сохранности клапанного аппарата вен, что обеспечивает существенное увеличение линейной и объемной скорости венозного оттока. Электрическая стимуляция мышц голени может быть использована с целью купирования субъективных и объективных веноспецифических симптомов, а также в составе комплексной терапии венозных трофических язв [508–510].*

- Рекомендованы применение импульсной магнитотерапии при реабилитации пациентам с ХВН [511–515].

УДД 2 УУР В

Комментарий. По результатам плацебо-контролируемых РКИ установлено уменьшение болевого синдрома и ускорение заживления трофических язв венозной этиологии по сравнению с плацебо-контролем под влиянием магнитотерапии. Установлено, что риск развития рецидивов у пациентов, получавших курс магнитотерапии, уменьшается в 2 раза по сравнению с традиционной консервативной терапией [511–515].

- Рекомендованы применение низкоинтенсивной лазерной терапии при реабилитации пациентам с ХВН [516–521].

УДД 2 УУР В

Комментарий. Также достаточно убедительны данные, свидетельствующие об эффективности НИЛИ в заживлении трофических язв венозной этиологии. Разные авторы предлагают использовать красное (635–685 нм) или инфракрасное (830–890 нм) лазерное излучение как в варианте наружного локального воздействия, так и методику внутрисосудистого лазерного облучения (ВЛОК) (Низкоинтенсивная лазеротерапия). При этом в последние годы была разработана методика комбинированного лазерного воздействия излучением различных спектральных диапазонов (ультрафиолетового (365–405 нм), зеленого (525 нм)), что позволяет улучшить трофическое обеспечение тканей и уменьшить выраженность воспалительного процесса. Несмотря на разнообразие методических подходов, все исследователи установили в сравнении с контрольными группами, получавшими традиционную консервативную терапию без НИЛИ, достоверное ускорение сроков регенерации язвенных дефектов [516–521]. Существенно меньше достоверных данных свидетельствует об эффективности ультразвуковой терапии низкой интенсивности в заживлении трофических язв [522,523].

5. Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики

Согласно приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29.03.2019 г. № 173н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми» диспансеризация направлена на выявление хронических неинфекционных заболеваний (и факторов риска их развития) [524]. У пациентов с ХЗВ профилактика должна быть направлена на устранения таких факторов риска как низкая физическая активность, избыточная масса тела, образ жизни.

- Рекомендуется своевременное проведение лечения у пациентов с ХЗВ в качестве профилактики прогрессирования венозной недостаточности [75,76,78].

УДД 5 УУР С

Комментарий. *При отсутствии клинических проявлений варикозного расширения вен, а также при клинических классах хронических заболеваний вен C0-C2 проведение профилактики развития варикозного расширения вен не рекомендовано в связи с отсутствием данных о методах с доказанной эффективностью. Единственной эффективной мерой профилактики развития хронической венозной недостаточности у пациентов с варикозной болезнью является своевременное устранение источника рефлюкса.*

- Пациентам с ХЗВ от C3-C4 на фоне первичного рефлюкса при невозможности устранения источника рефлюкса рекомендовано использование эластической компрессии (A15.12.002 Эластическая компрессия нижних конечностей) от 20-30 мм. рт. ст. [115,116].

УДД 3 УУР С

Комментарий. *При отсутствии возможности проведения своевременного хирургического лечения, в связи с наличием тяжелой сопутствующей патологии у пациента или других причин при наличии варикозного расширения вен нижних конечностей, с целью замедления темпов прогрессирования заболевания в качестве меры профилактики развития осложнений заболевания целесообразно применение эластической компрессии [525,526].*

- Не рекомендуется проведение профилактики развития варикозной болезни беременным женщинам при отсутствии клинических признаков заболевания [147].

УДД 1 УУР С

Комментарий. Беременность может рассматриваться как временный фактор риска развития варикозного расширения вен нижних конечностей. При этом, нужно отметить, что хотя в ряде крупных исследований обнаружена прямая взаимосвязь между числом беременностей и тяжестью венозной недостаточности у предрасположенных к варикозной болезни женщин [527,528], некоторые публикации поставили под сомнение данную взаимосвязь [529]. Вместе с тем, доказательств эффективности ФЛС или компрессионного трикотажа в профилактике появления варикозного расширения вен нет, поэтому профилактическое назначение лекарственных препаратов или эластической компрессии здоровым женщинам во время беременности нецелесообразно.

6. Организация оказания медицинской помощи

Медицинская помощь пациентам с ВБНК может оказываться в следующих условиях:

- амбулаторно (в условиях, не предусматривающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение);
- в дневном стационаре (в условиях, предусматривающих медицинское наблюдение и лечение в дневное время, не требующих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения);
- стационарно (в условиях, обеспечивающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение).

Медицинская помощь пациентам с варикозной болезнью вен нижних конечностей оказывается в виде:

- первичной медико-санитарной помощи;
- скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи;
- специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи.

Первичная медико-санитарная помощь пациентам с ВБНК предусматривает:

- 1) первичную доврачебную медико-санитарную помощь;
- 2) первичную врачебную медико-санитарную помощь;
- 3) первичную специализированную медико-санитарную помощь.

Первичная доврачебная медико-санитарная помощь осуществляется амбулаторно работниками со средним медицинским образованием фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов, врачебных амбулаторий, здравпунктов, поликлиник, поликлинических подразделений медицинских организаций, отделений (кабинетов) медицинской профилактики, центров здоровья.

Первичная врачебная медико-санитарная помощь осуществляется участковым врачом, врачом общей практики (семейным врачом) в амбулаторных условиях. При выявлении признаков ВБНК пациент направляется к профильному специалисту для оказания первичной специализированной медико-санитарной помощи.

Первичная специализированная медико-санитарная помощь оказывается пациентам с ВБНК врачами-хирургами, врачами сердечно-сосудистыми хирургами. Для проведения диагностических исследований привлекаются врачи ультразвуковой диагностики. Идеальной является ситуация, когда врач-хирург, врач сердечно-сосудистый хирург имеет подготовку по ультразвуковой диагностике и проводит исследование самостоятельно.

С развитием новых медицинских технологий, включающих методы термической и нетермической облитерации, склеротерапию, минифлебэктомию, подавляющее большинство пациентов с ВБНК может получить адекватную хирургическую помощь в амбулаторных условиях.

Скорая, в том числе специализированная, медицинская помощь оказывается пациентам с ВБНК в случае развития жизнеугрожающих состояний, таких как кровотечение из варикозно расширенных вен, тромбоз поверхностных вен нижних конечностей. В остальных случаях пациенты с ВБНК сохраняют мобильность и обращаются за первичной медико-санитарной помощью самостоятельно.

Специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь оказывается в условиях стационара (дневного стационара) врачами-хирургами, врачами сердечно-сосудистыми хирургами, в ряде случаев врачами по рентгенэндоваскулярным диагностике и лечению. Для проведения диагностических исследований могут привлекаться врачи ультразвуковой диагностики, врачи-рентгенологи.

Показаниями для плановой госпитализации пациентов с ВБНК в стационар являются:

- оперативное лечение ВБНК при невозможности (организационной, материально-технической, финансовой) провести оперативное лечение в амбулаторных условиях или в условиях дневного стационара;
- санация венозной трофической язвы при невозможности (организационной, материально-технической, финансовой) провести лечение в амбулаторных условиях или в условиях дневного стационара;

Показания для экстренной госпитализации пациентов с ВБНК в стационар являются:

- кровотечение из варикозно расширенных вен при невозможности оказания адекватной медицинской помощи вне условий стационара;
- тромбоз поверхностных вен нижних конечностей, с высоким риском перехода тромба на глубокие вены в стадию острого тромбофлебита при невозможности оказания адекватной медицинской помощи вне условий стационара или гнойный тромбофлебит;
- острый тромбоз поверхностных вен с клиническими признаками воспаления, достигающими верхней трети бедра в системе БПВ и/или верхней трети голени в системе МПВ при невозможности ультразвукового исследования вен.

Критерии выписки из стационара:

- завершенное оперативное лечение ВБНК в соответствии с заранее разработанной тактикой;

- заживление венозной трофической язвы или устойчивая тенденция к эпителизации трофической язвы или ликвидация воспалительных явлений в области трофической язвы, отсутствие выраженной экссудации и кровотечения из трофической язвы;

- надежный гемостаз в случае кровотечения из варикозно расширенных вен, отсутствие рецидива кровотечения из варикозно расширенных вен;

- отсутствие прогрессирования тромботического процесса при тромбозе поверхностных вен, стихание или тенденция к стиханию воспалительных явлений, подобранная антикоагулянтная терапия при необходимости.

7. Дополнительная информация (в том числе факторы влияющие на исход заболевания или состояния)

Не предусмотрена

Критерии оценки качества медицинской помощи

№	Критерии качества	Выполнено	
Этап постановки диагноза			
1	Выполнено клиническое обследование пациента (выявление веноспецифических жалоб, сбор анамнеза, осмотр, пальпация нижних конечностей).	Да	Нет
2	Перед проведением инвазивного вмешательства выполнено дуплексное сканирование поверхностных и глубоких вен нижних конечностей с определением факта наличия, источника и пути распространения рефлюкса, изучением особенностей анатомии подкожных вен.	Да	Нет
Этап консервативного и хирургического лечения			
1	При согласии пациента на инвазивное лечение ликвидированы патологические рефлюксы, и/или устранены варикозные вены, и/или достигнуто улучшение гемодинамических показателей венозного оттока	Да	Нет
2	Перед проведением инвазивного лечения произведена индивидуальная оценка риска возникновения ВТЭО.	Да	Нет
3	В период проведения инвазивного лечения назначена профилактика ВТЭО в соответствии с индивидуальным уровнем риска.	Да	Нет
4	После инвазивного вмешательства назначена компрессионная терапия при необходимости, определяемой характером вмешательства.	Да	Нет
5	При сохранении субъективных симптомов ХЗВ после инвазивного вмешательства назначена компрессионная терапия и/или курсовой прием ФЛС и/или электрическая стимуляция мышц голени.	Да	Нет

Список литературы

1. Cornu-Thenard A., Boivin P., Baud J.M., De Vincenzi I., Carpentier P.H. Importance of the familial factor in varicose disease. Clinical study of 134 families // *J Dermatol Surg Oncol*. 1994. T. 20, № 5. C. 318–326.
2. Jin Y., Xu G., Huang J., Zhou D., Huang X., Shen L. Analysis of the association between an insertion/deletion polymorphism within the 3' untranslated region of COL1A2 and chronic venous insufficiency // *Ann. Vasc. Surg*. 2013. T. 27, № 7. C. 959–963.
3. Shadrina A., Tsepilov Y., Sokolova E., Smetanina M., Voronina E., Pakhomov E., Sevost'ianova K., Shevela A., Ilyukhin E., Seliverstov E., Zolotukhin I., Filipenko M. Genome-wide association study in ethnic Russians suggests an association of the MHC class III genomic region with the risk of primary varicose veins // *Gene*. 2018. T. 659. C. 0378–1119.
4. Hoțoleanui C., Jurj C. The involvement of genetic factors in chronic venous insufficiency // *Romanian J. Intern. Med. Rev. Roum. Med. Interne*. 2008. T. 46, № 2. C. 119–123.
5. Bharath V., Kahn S.R., Lazo-Langner A. Genetic polymorphisms of vein wall remodeling in chronic venous disease: a narrative and systematic review // *Blood*. 2014. T. 124, № 8. C. 1242–1250.
6. Lim C.S., Davies A.H. Pathogenesis of primary varicose veins // *Br. J. Surg*. 2009. T. 96, № 11. C. 1231–1242.
7. Ng M.Y.M., Andrew T., Spector T.D., Jeffery S., Lymphoedema Consortium. Linkage to the FOXC2 region of chromosome 16 for varicose veins in otherwise healthy, unselected sibling pairs // *J. Med. Genet*. 2005. T. 42, № 3. C. 235–239.
8. Surendran S., Girijamma A., Nair R., Ramegowda K.S., Nair D.H., Thulaseedharan J.V., Lakkappa R.B., Kamalapurkar G., Kartha C.C. Forkhead box C2 promoter variant c.-512C>T is associated with increased susceptibility to chronic venous diseases // *PloS One*. 2014. T. 9, № 3. C. e90682.
9. Mellor R.H., Brice G., Stanton A.W.B., French J., Smith A., Jeffery S., Levick J.R., Burnand K.G., Mortimer P.S., Lymphoedema Research Consortium. Mutations in FOXC2 are strongly associated with primary valve failure in veins of the lower limb // *Circulation*. 2007. T. 115, № 14. C. 1912–1920.
10. Al-Batayneh K.M., Al Battah R.M. Genetic variation in the proximal 5'UTR of FOXC2 gene in varicose veins and hemorrhoids patients // *Int J Integr Biol*. 2008. T. 4, № 2. C. 78–80.
11. Shadrina A.S., Zolotukhin I.A., Filipenko M.L. Molecular Mechanisms Underlying the Development of Varicose Veins of Low Extremities // *J. Venous Disord*. 2017. T. 11, № 2. C. 71.
12. Shadrina A.S., Smetanina M.A., Sokolova E.A., Sevost'ianova K.S., Shevela A.I., Demekhova M.Y., Shonov O.A., Ilyukhin E.A., Voronina E.N., Zolotukhin I.A., Kirienko A.I., Filipenko M.L. Association of polymorphisms near the FOXC2 gene with the risk of varicose veins in ethnic Russians // *Phlebol J Venous Dis*. 2016. T. 31, № 9. C. 640–648.
13. Markovic J.N., Shortell C.K. Genomics of varicose veins and chronic venous insufficiency // *Semin. Vasc. Surg*. 2013. T. 26, № 1. C. 2–13.
14. Cai G., Zhang B., Weng W., Shi G., Huang Z. The associations between the MCP-1 -2518 A/G polymorphism and ischemic heart disease and ischemic stroke: a meta-analysis of 28 research studies involving 21,524 individuals // *Mol. Biol. Rep*. 2015. T. 42, № 5. C. 997–1012.
15. Bergan J. Molecular mechanisms in chronic venous insufficiency // *Ann. Vasc. Surg*. 2007. T. 21, № 3. C. 260–266.
16. Pascarella L., Schönbein G.W.S., Bergan J.J. Microcirculation and venous ulcers: a review // *Ann. Vasc. Surg*. 2005. T. 19, № 6. C. 921–927.

17. Fitts M.K., Pike D.B., Anderson K., Shiu Y.-T. Hemodynamic Shear Stress and Endothelial Dysfunction in Hemodialysis Access // *Open Urol. Nephrol. J.* 2014. T. 7, № Suppl 1 M5. C. 33–44.
18. Anwar M.A., Shalhoub J., Lim C.S., Gohel M.S., Davies A.H. The effect of pressure-induced mechanical stretch on vascular wall differential gene expression // *J. Vasc. Res.* 2012. T. 49, № 6. C. 463–478.
19. Perrin M., Ramelet A.A. Pharmacological treatment of primary chronic venous disease: rationale, results and unanswered questions // *Eur. J. Vasc. Endovasc. Surg. Off. J. Eur. Soc. Vasc. Surg.* 2011. T. 41, № 1. C. 117–125.
20. Bergan J.J., Schmid-Schönbein G.W., Coleridge Smith P.D., Nicolaides A.N., Boisseau M.R., Eklof B. Chronic venous disease // *Minerva Cardioangiol.* 2007. T. 55, № 4. C. 459–476.
21. Nicolaides A.N. Chronic venous disease and the leukocyte-endothelium interaction: from symptoms to ulceration // *Angiology.* 2005. T. 56 Suppl 1. C. S11-19.
22. Pocock E.S., Alsaigh T., Mazor R., Schmid-Schönbein G.W. Cellular and molecular basis of Venous insufficiency // *Vasc. Cell.* 2014. T. 6, № 1. C. 24.
23. Bergan J.J., Pascarella L., Schmid-Schönbein G.W. Pathogenesis of primary chronic venous disease: Insights from animal models of venous hypertension // *J. Vasc. Surg.* 2008. T. 47, № 1. C. 183–192.
24. Ojdana D., Safiejko K., Lipska A., Sacha P., Wieczorek P., Radziwon P., Dadan J., Tryniszewska E. The inflammatory reaction during chronic venous disease of lower limbs // *Folia Histochem. Cytobiol.* 2009. T. 47, № 2. C. 185–189.
25. Sushkou S.A., Samsonava I.V., Galishevich M.M. Expression of the proinflammatory marker CD34 in varicose leg veins // *Phlebologie.* 2015. T. 44, № 1. C. 19–23.
26. Akar İ., İnce İ., Aslan C., Benli İ., Demir O., Altındeger N., Dogan A., Ceber M. Oxidative Stress And Prolidase Enzyme Activity In The Pathogenesis Of Primary Varicose Veins // *Vascular.* 2018. T. 26, № 3. C. 315–321.
27. Lim C.S., Shalhoub J., Gohel M.S., Shepherd A.C., Davies A.H. Matrix metalloproteinases in vascular disease--a potential therapeutic target? // *Curr. Vasc. Pharmacol.* 2010. T. 8, № 1. C. 75–85.
28. Raffetto J.D., Khalil R.A. Matrix metalloproteinases in venous tissue remodeling and varicose vein formation // *Curr. Vasc. Pharmacol.* 2008. T. 6, № 3. C. 158–172.
29. Raffetto J.D. Dermal pathology, cellular biology, and inflammation in chronic venous disease // *Thromb. Res.* 2009. T. 123 Suppl 4. C. S66-71.
30. Mironiuc A., Palcau L., Andercou O., Rogojan L., Todoran M., Gordan G. [Clinico-histopathological correlations of venous wall modifications in chronic venous insufficiency] // *Chir. Buchar. Rom.* 1990. 2008. T. 103, № 3. C. 309–312.
31. Janowski K., Sopiński M., Topol M. Changes in the wall of the great saphenous vein at consecutive stages in patients suffering from chronic vein disease of the lower limbs // *Folia Morphol.* 2007. T. 66, № 3. C. 185–189.
32. Somers P., Knaapen M. The histopathology of varicose vein disease // *Angiology.* 2006. T. 57, № 5. C. 546–555.
33. Aunapuu M., Arend A. Histopathological changes and expression of adhesion molecules and laminin in varicose veins // *VASA Z. Gefasskrankheiten.* 2005. T. 34, № 3. C. 170–175.
34. Elsharawy M.A., Naim M.M., Abdelmaguid E.M., Al-Mulhim A.A. Role of saphenous vein wall in the pathogenesis of primary varicose veins // *Interact. Cardiovasc. Thorac. Surg.* 2007. T. 6, № 2. C. 219–224.
35. Renno W.M., Saleh F., Wali M. A journey across the wall of varicose veins: what physicians do not often see with the naked eye // *Med. Princ. Pract. Int. J. Kuwait Univ. Health Sci. Cent.* 2005. T. 15, № 1. C. 9–23.

36. Knaapen M.W.M., Somers P., Bortier H., De Meyer G.R.Y., Kockx M.M. Smooth muscle cell hypertrophy in varicose veins is associated with expression of estrogen receptor-beta // *J. Vasc. Res.* 2005. T. 42, № 1. C. 8–12.
37. Stücker M., Krey T., Röchling A., Schultz-Ehrenburg U., Altmeyer P. The histomorphologic changes at the saphenofemoral junction in varicosis of the greater saphenous vein // *VASA Z. Gefasskrankheiten.* 2000. T. 29, № 1. C. 41–46.
38. Xiao Y., Huang Z., Yin H., Lin Y., Wang S. In vitro differences between smooth muscle cells derived from varicose veins and normal veins // *J. Vasc. Surg.* 2009. T. 50, № 5. C. 1149–1154.
39. Pascual G., Mendieta C., Mecham R.P., Sommer P., Bellón J.M., Buján J. Down-regulation of lysyl oxydase-like in aging and venous insufficiency // *Histol. Histopathol.* 2008. T. 23, № 2. C. 179–186.
40. Jeanneret C., Baldi T., Hailemariam S., Koella C., Gewaltig J., Biedermann B.C. Selective loss of extracellular matrix proteins is linked to biophysical properties of varicose veins assessed by ultrasonography // *Br. J. Surg.* 2007. T. 94, № 4. C. 449–456.
41. Haviarova Z., Janega P., Durdik S., Kovac P., Mraz P., Stvrtinova V. Comparison of collagen subtype I and III presence in varicose and non-varicose vein walls // *Bratisl. Lek. Listy.* 2008. T. 109, № 3. C. 102–105.
42. Sansilvestri-Morel P., Rupin A., Jullien N.D., Lembrez N., Mestries-Dubois P., Fabiani J.N., Verbeuren T.J. Decreased production of collagen Type III in cultured smooth muscle cells from varicose vein patients is due to a degradation by MMPs: possible implication of MMP-3 // *J. Vasc. Res.* 2005. T. 42, № 5. C. 388–398.
43. Wali M.A., Eid R.A. Smooth muscle changes in varicose veins: an ultrastructural study // *J. Smooth Muscle Res. Nihon Heikatsukin Gakkai Kikanshi.* 2001. T. 37, № 5–6. C. 123–135.
44. Ducasse E., Giannakakis K., Chevalier J., Dasnoy D., Puppink P., Speziale F., Fiorani P., Faraggiana T. Dysregulated apoptosis in primary varicose veins // *Eur. J. Vasc. Endovasc. Surg. Off. J. Eur. Soc. Vasc. Surg.* 2005. T. 29, № 3. C. 316–323.
45. Sansilvestri-Morel P., Fioretti F., Rupin A., Senni K., Fabiani J.N., Godeau G., Verbeuren T.J. Comparison of extracellular matrix in skin and saphenous veins from patients with varicose veins: does the skin reflect venous matrix changes? // *Clin. Sci. Lond. Engl.* 1979. 2007. T. 112, № 3–4. C. 229–239.
46. Porciunculla M. de M., Leiderman D.B.D., Altenfeder R., Pereira C.S.B., Fioranelli A., Wolosker N., Castelli Junior V. Clinical, ultrasonographic and histological findings in varicose vein surgery // *Rev. Assoc. Medica Bras.* 1992. 2018. T. 64, № 8. C. 729–735.
47. Serralheiro P., Soares A., Costa Almeida C.M., Verde I. TGF- β 1 in Vascular Wall Pathology: Unraveling Chronic Venous Insufficiency Pathophysiology // *Int. J. Mol. Sci.* 2017. T. 18, № 12.
48. Peschen M., Lahaye T., Hennig B., Weyl A., Simon J.C., Vanscheidt W. Expression of the adhesion molecules ICAM-1, VCAM-1, LFA-1 and VLA-4 in the skin is modulated in progressing stages of chronic venous insufficiency // *Acta Derm. Venereol.* 1999. T. 79, № 1. C. 27–32.
49. Broszczak D.A., Sydes E.R., Wallace D., Parker T.J. Molecular Aspects of Wound Healing and the Rise of Venous Leg Ulceration: Omics Approaches to Enhance Knowledge and Aid Diagnostic Discovery // *Clin. Biochem. Rev.* 2017. T. 38, № 1. C. 35–55.
50. Kim B.-C., Kim H.T., Park S.H., Cha J.-S., Yufit T., Kim S.-J., Falanga V. Fibroblasts from chronic wounds show altered TGF-beta-signaling and decreased TGF-beta Type II receptor expression // *J. Cell. Physiol.* 2003. T. 195, № 3. C. 331–336.
51. Yasim A., Kilinc M., Aral M., Oksuz H., Kabalci M., Eroglu E., Imrek S. Serum concentration of procoagulant, endothelial and oxidative stress markers in early primary varicose veins // *Phlebology.* 2008. T. 23, № 1. C. 15–20.

52. Stanley A.C., Park H.Y., Phillips T.J., Russakovsky V., Menzoian J.O. Reduced growth of dermal fibroblasts from chronic venous ulcers can be stimulated with growth factors // *J. Vasc. Surg.* 1997. T. 26, № 6. C. 994–1001.
53. Kim I., Moon S.O., Kim S.H., Kim H.J., Koh Y.S., Koh G.Y. Vascular endothelial growth factor expression of intercellular adhesion molecule 1 (ICAM-1), vascular cell adhesion molecule 1 (VCAM-1), and E-selectin through nuclear factor-kappa B activation in endothelial cells // *J. Biol. Chem.* 2001. T. 276, № 10. C. 7614–7620.
54. Shoab S.S., Scurr J.H., Coleridge-Smith P.D. Increased plasma vascular endothelial growth factor among patients with chronic venous disease // *J Vasc Surg.* 1998. T. 28, № 3. C. 535–540.
55. Bates D.O., Harper S.J. Regulation of vascular permeability by vascular endothelial growth factors // *Vascul. Pharmacol.* 2002. T. 39, № 4–5. C. 225–237.
56. Hosoi Y., Zukowski A., Kakkos S.K., Nicolaides A.N. Ambulatory venous pressure measurements: new parameters derived from a mathematic hemodynamic model // *J. Vasc. Surg.* 2002. T. 36, № 1. C. 137–142.
57. Rabe E., Guex J.J., Puskas A., Scuderi A., Fernandez Quesada F., VCP Coordinators. Epidemiology of chronic venous disorders in geographically diverse populations: results from the Vein Consult Program // *Int. Angiol. J. Int. Union Angiol.* 2012. T. 31, № 2. C. 105–115.
58. Criqui M.H., Jamosmos M., Fronek A., Denenberg J.O., Langer R.D., Bergan J., Golomb B.A. Chronic venous disease in an ethnically diverse population: the San Diego Population Study // *Am. J. Epidemiol.* 2003. T. 158, № 5. C. 448–456.
59. Vin F., Allaert F.A., Levardon M. Influence of estrogens and progesterone on the venous system of the lower limbs in women // *J. Dermatol. Surg. Oncol.* 1992. T. 18, № 10. C. 888–892.
60. Zolotukhin I.A., Seliverstov E.I., Shevtsov Y.N., Avakiants I.P., Nikishkov A.S., Tatarintsev A.M., Kirienko A.I. Prevalence and Risk Factors for Chronic Venous Disease in the General Russian Population // *Eur J Vasc Endovasc Surg.* 2017. T. 54, № 6. C. 752–758.
61. Aguilar-Ferrándiz M.E., Castro-Sánchez A.M., Matarán-Peñarrocha G.A., de Dios Luna J., Moreno-Lorenzo C., Del Pozo E. Evaluation of pain associated with chronic venous insufficiency in Spanish postmenopausal women // *Menopause N. Y. N.* 2015. T. 22, № 1. C. 88–95.
62. Beebe-Dimmer J.L., Pfeifer J.R., Engle J.S., Schottenfeld D. The epidemiology of chronic venous insufficiency and varicose veins // *Ann. Epidemiol.* 2005. T. 15, № 3. C. 175–184.
63. Dzieciuchowicz Ł., Krasiński Z., Motowidło K., Gabriel M. The aetiology and influence of age and gender on the development of advanced chronic venous insufficiency in the population of patients of semi-urban county outpatient vascular clinic in Poland // *Phlebology.* 2011. T. 26, № 2. C. 56–61.
64. Krajcar J., Radaković B., Stefanić L. Pathophysiology of venous insufficiency during pregnancy // *Acta Medica Croat. Cas. Hrvatske Akad. Med. Znan.* 1998. T. 52, № 1. C. 65–69.
65. Ropacka-Lesiak M., Kasperczak J., Breborowicz G.H. [Risk factors for the development of venous insufficiency of the lower limbs during pregnancy--part 1] // *Ginek. Pol.* 2012. T. 83, № 12. C. 939–942.
66. Sisto T., Reunanen A., Laurikka J., Impivaara O., Heliövaara M., Knekt P., Aromaa A. Prevalence and risk factors of varicose veins in lower extremities: mini-Finland health survey // *Eur. J. Surg. Acta Chir.* 1995. T. 161, № 6. C. 405–414.
67. Iannuzzi A., Panico S., Ciardullo A.V., Bellati C., Cioffi V., Iannuzzo G., Celentano E., Berrino F., Rubba P. Varicose veins of the lower limbs and venous capacitance in

- postmenopausal women: relationship with obesity // *J. Vasc. Surg.* 2002. T. 36, № 5. С. 965–968.
68. Vlajinac H.D., Marinkovic J.M., Maksimovic M.Z., Matic P.A., Radak D.J. Body mass index and primary chronic venous disease--a cross-sectional study // *Eur. J. Vasc. Endovasc. Surg. Off. J. Eur. Soc. Vasc. Surg.* 2013. T. 45, № 3. С. 293–298.
 69. Scott T.E., LaMorte W.W., Gorin D.R., Menzoian J.O. Risk factors for chronic venous insufficiency: a dual case-control study // *J. Vasc. Surg.* 1995. T. 22, № 5. С. 622–628.
 70. Hirai M., Naiki K., Nakayama R. Prevalence and risk factors of varicose veins in Japanese women // *Angiology.* 1990. T. 41, № 3. С. 228–232.
 71. Salim S., Machin M., Patterson B.O., Onida S., Davies A.H. Global Epidemiology of Chronic Venous Disease: A Systematic Review With Pooled Prevalence Analysis // *Ann Surg.* 2021. T. 274, № 6. С. 971–976.
 72. Савельев В.С., Кириенко А.И., Золотухин И.А., Селиверстов Е.И. Проспективное обсервационное исследование СПЕКТР: регистр пациентов с хроническими заболеваниями вен нижних конечностей // *Флебология.* 2012. Т. 6, № 1. С. 4–9.
 73. Мазайшвили К.В., Чен В.И. Распространенность хронических заболеваний вен нижних конечностей в Петропавловске-Камчатском // *Флебология.* 2008. № 4. С. 52–54.
 74. Kirienko A.I., Bogachev V.I., Gavrilov S.G., Zolotukhin I.A., Golovanova O.V., Zhuravleva O.V., Briushkov A. Iu. Chronic diseases of lower extremity veins in industrial workers of Moscow (results of the epidemiological survey) // *Angiol. Sosud. Khirurgiia Angiol. Vasc. Surg.* 1995. T. 10, № 1. С. 77–86.
 75. Gloviczki P. Handbook of Venous Disorders Guidelines of the American Venous Forum. 5th edition. CRC Press, 2024. 860 с.
 76. Nicolaides A., Kakkos S., Eklof B., Perrin M., Nelzen O., Neglen P., Partsch H., Rybak Z. Management of chronic venous disorders of the lower limbs - guidelines according to scientific evidence // *Int. Angiol. J. Int. Union Angiol.* 2014. T. 33, № 2. С. 87–208.
 77. Gloviczki P., Lawrence P.F., Wasan S.M., Meissner M.H., Almeida J., Brown K.R., Bush R.L., Di Iorio M., Fish J., Fukaya E., Gloviczki M.L., Hingorani A., Jayaraj A., Kolluri R., Murad M.H., Obi A.T., Ozsvath K.J., Singh M.J., Vayuvegula S., Welch H.J. The 2022 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 I. Duplex Scanning and Treatment of Superficial Truncal Reflux: Endorsed by the Society for Vascular Medicine and the International Union of Phlebology // *J Vasc Surg Venous Lymphat Disord.* 2023. T. 11, № 2. С. 231-261.e6.
 78. De Maeseneer M.G., Kakkos S.K., Aherne T., Baekgaard N., Black S., Blomgren L., Giannoukas A., Gohel M., de Graaf R., Hamel-Desnos C., Jawien A., Jaworucka-Kaczorowska A., Lattimer C.R., Mosti G., Noppeney T., van Rijn M.J., Stansby G., Esvs Guidelines Committee null, Kolh P., Bastos Goncalves F., Chakfé N., Coscas R., de Borst G.J., Dias N.V., Hinchliffe R.J., Koncar I.B., Lindholt J.S., Trimarchi S., Tulamo R., Twine C.P., Vermassen F., Wanhainen A., Document Reviewers null, Björck M., Labropoulos N., Lurie F., Mansilha A., Nyamekye I.K., Ramirez Ortega M., Ulloa J.H., Urbanek T., van Rij A.M., Vuylsteke M.E. Editor's Choice - European Society for Vascular Surgery (ESVS) 2022 Clinical Practice Guidelines on the Management of Chronic Venous Disease of the Lower Limbs // *Eur J Vasc Endovasc Surg.* 2022. T. 63, № 2. С. 184–267.
 79. Rabe E., Pannier F. Clinical, aetiological, anatomical and pathological classification (CEAP): gold standard and limits // *Phlebology.* 2012. T. 27 Suppl 1. С. 114–118.
 80. Lurie F., Passman M., Meisner M., Dalsing M., Masuda E., Welch H., Bush R.L., Blebea J., Carpentier P.H., De Maeseneer M., Gasparis A., Labropoulos N., Marston W.A., Rafetto J., Santiago F., Shortell C., Uhl J.F., Urbanek T., van Rij A., Eklof B., Gloviczki P., Kistner R., Lawrence P., Moneta G., Padberg F., Perrin M., Wakefield T. The 2020 update of the

- CEAP classification system and reporting standards // *J. Vasc. Surg. Venous Lymphat. Disord.* 2020. T. 8, № 3. C. 342–352.
81. Gloviczki P., Comerota A.J., Dalsing M.C., Eklof B.G., Gillespie D.L., Gloviczki M.L., Lohr J.M., McLafferty R.B., Meissner M.H., Murad M.H., Padberg F.T., Pappas P.J., Passman M.A., Raffetto J.D., Vasquez M.A., Wakefield T.W., Society for Vascular Surgery, American Venous Forum. The care of patients with varicose veins and associated chronic venous diseases: clinical practice guidelines of the Society for Vascular Surgery and the American Venous Forum // *J. Vasc. Surg.* 2011. T. 53, № 5 Suppl. C. 2S-48S.
 82. Perrin M., Eklof B., VAN Rij A., Labropoulos N., Vasquez M., Nicolaides A., Blattler W., Bouhassira D., Bouskela E., Carpentier P., Darvall K., DE Maeseneer M., Flour M., Guex J.J., Hamel-Desnos C., Kakkos S., Launois R., Lugli M., Maleti O., Mansilha A., NEGLÉN P., Rabe E., Shaydakov E. Venous symptoms: the SYM Vein Consensus statement developed under the auspices of the European Venous Forum // *Int. Angiol. J. Int. Union Angiol.* 2016. T. 35, № 4. C. 374–398.
 83. Carpentier P.H., Poulain C., Fabry R., Chleir F., Guias B., Bettarel-Binon C., Venous Working Group of the Société Française de Médecine Vasculaire. Ascribing leg symptoms to chronic venous disorders: the construction of a diagnostic score // *J. Vasc. Surg.* 2007. T. 46, № 5. C. 991–996.
 84. Cronenwett J.L., Johnston K.W. Patient Clinical Evaluation. Rutherford's Vasc. Surg. 2nd ed. Elsevier, 2014. 2784 c.
 85. Langer R.D., Ho E., Denenberg J.O., Fronek A., Allison M., Criqui M.H. Relationships between symptoms and venous disease: the San Diego population study // *Arch. Intern. Med.* 2005. T. 165, № 12. C. 1420–1424.
 86. LePage P.A., Villavicencio J.L., Gomez E.R., Sheridan M.N., Rich N.M. The valvular anatomy of the iliac venous system and its clinical implications // *J. Vasc. Surg.* 1991. T. 14, № 5. C. 678–683.
 87. Bradbury A., Ruckley C. Clinical presentation and assessment of patients with venous disease // *Handb Venous Disord Guid. Am Venous Forum 3rd Ed Lond.* 2009. C. 331–341.
 88. Hoffmann W., Toonder I., Wittens C. Value of the Trendelenburg tourniquet test in the assessment of primary varicose veins // *Phlebology.* 2004. T. 19. C. 77–80.
 89. Coleridge-Smith P., Labropoulos N., Partsch H., Myers K., Nicolaides A., Cavezzi A. Duplex ultrasound investigation of the veins in chronic venous disease of the lower limbs--UIP consensus document. Part I. Basic principles // *Eur. J. Vasc. Endovasc. Surg. Off. J. Eur. Soc. Vasc. Surg.* 2005. T. 31, № 1. C. 83–92.
 90. Cavezzi A., Labropoulos N., Partsch H., Ricci S., Caggiati A., Myers K., Nicolaides A., Smith P.C. Duplex ultrasound investigation of the veins in chronic venous disease of the lower limbs--UIP consensus document. Part II. Anatomy // *Eur. J. Vasc. Endovasc. Surg. Off. J. Eur. Soc. Vasc. Surg.* 2006. T. 31, № 3. C. 288–299.
 91. Baker S.R., Burnand K.G., Sommerville K.M., Thomas M.L., Wilson N.M., Browse N.L. Comparison of venous reflux assessed by duplex scanning and descending phlebography in chronic venous disease // *Lancet Lond. Engl.* 1993. T. 341, № 8842. C. 400–403.
 92. Magnusson M., Kålebo P., Lukes P., Sivertsson R., Risberg B. Colour Doppler ultrasound in diagnosing venous insufficiency. A comparison to descending phlebography // *Eur. J. Vasc. Endovasc. Surg. Off. J. Eur. Soc. Vasc. Surg.* 1995. T. 9, № 4. C. 437–443.
 93. Baldt M.M., Böhler K., Zontsich T., Bankier A.A., Breitenseher M., Schneider B., Mostbeck G.H. Preoperative imaging of lower extremity varicose veins: color coded duplex sonography or venography // *J. Ultrasound Med. Off. J. Am. Inst. Ultrasound Med.* 1996. T. 15, № 2. C. 143–154.
 94. Meyer T., Cavallaro A., Lang W. Duplex ultrasonography in the diagnosis of incompetent Cockett veins // *Eur. J. Ultrasound Off. J. Eur. Fed. Soc. Ultrasound Med. Biol.* 2000. T. 11, № 3. C. 175–180.

95. Blomgren L., Johansson G., Bergqvist D. Randomized clinical trial of routine preoperative duplex imaging before varicose vein surgery // *Br. J. Surg.* 2005. T. 92, № 6. C. 688–694.
96. Abai B., Labropoulos N. Duplex ultrasound scanning for chronic venous obstruction and valvular incompetence. London: Handb. venous Disord. Guidel. Am. Venous Forum. 3rd ed. / ed. Gloviczki P., 2009. 142–155 c.
97. McMullin G.M., Coleridge Smith P.D. An evaluation of Doppler ultrasound and photoplethysmography in the investigation of venous insufficiency // *Aust. N. Z. J. Surg.* 1992. T. 62, № 4. C. 270–275.
98. Markel A., Meissner M.H., Manzo R.A., Bergelin R.O., Strandness D.E. A comparison of the cuff deflation method with Valsalva's maneuver and limb compression in detecting venous valvular reflux // *Arch. Surg. Chic. Ill* 1960. 1994. T. 129, № 7. C. 701–705.
99. van Bemmelen P.S., Bedford G., Beach K., Strandness D.E. Quantitative segmental evaluation of venous valvular reflux with duplex ultrasound scanning // *J. Vasc. Surg.* 1989. T. 10, № 4. C. 425–431.
100. Desk R., Williams L., Health K. Investigation of chronic venous insufficiency: A consensus statement A. N. Nicolaides // *Circulation.* 2000. C. E126-163.
101. Labropoulos N., Mansour M.A., Kang S.S., Gloviczki P., Baker W.H. New insights into perforator vein incompetence // *Eur. J. Vasc. Endovasc. Surg. Off. J. Eur. Soc. Vasc. Surg.* 1999. T. 18, № 3. C. 228–234.
102. Чуриков Д.А., Кириенко А.И. Ультразвуковая диагностика болезней вен. 2nd-е издание. Литтерра, 2016. 176 с.
103. Васильев А.Ю., Постнова Н.А., Дибиров М.Д., Шиманко А.И. Руководство по ультразвуковой флебологии. МИА, 2007.
104. Labropoulos N., Tiongson J., Pryor L., Tassiopoulos A.K., Kang S.S., Ashraf Mansour M., Baker W.H. Definition of venous reflux in lower-extremity veins // *J. Vasc. Surg.* 2003. T. 38, № 4. C. 793–798.
105. DePalma R.G., Hart M.T., Zanin L., Massarin E.H. Physical examination, Doppler ultrasound and colour flow duplex scanning: guides to therapy for primary varicose veins // *Phlebology.* 1993. T. 8. C. 7–11.
106. Rautio T., Perälä J., Biancari F., Wiik H., Ohtonen P., Haukipuro K., Juvonen T. Accuracy of hand-held Doppler in planning the operation for primary varicose veins // *Eur. J. Vasc. Endovasc. Surg. Off. J. Eur. Soc. Vasc. Surg.* 2002. T. 24, № 5. C. 450–455.
107. Rutherford R.B., Padberg F.T., Comerota A.J., Kistner R.L., Meissner M.H., Moneta G.L. Venous severity scoring: An adjunct to venous outcome assessment // *J. Vasc. Surg.* 2000. T. 31, № 6. C. 1307–1312.
108. Vasquez M.A., Rabe E., McLafferty R.B., Shortell C.K., Marston W.A., Gillespie D., Meissner M.H., Rutherford R.B., American Venous Forum Ad Hoc Outcomes Working Group. Revision of the venous clinical severity score: venous outcomes consensus statement: special communication of the American Venous Forum Ad Hoc Outcomes Working Group // *J. Vasc. Surg.* 2010. T. 52, № 5. C. 1387–1396.
109. Ware J.E., Gandek B. Overview of the SF-36 Health Survey and the International Quality of Life Assessment (IQOLA) Project // *J. Clin. Epidemiol.* 1998. T. 51, № 11. C. 903–912.
110. Launois R., Mansilha A., Jantet G. International psychometric validation of the Chronic Venous Disease quality of life Questionnaire (CIVIQ-20) // *Eur. J. Vasc. Endovasc. Surg. Off. J. Eur. Soc. Vasc. Surg.* 2010. T. 40, № 6. C. 783–789.
111. Rabe E., Partsch H., Morrison N., Meissner M.H., Mosti G., Lattimer C.R., Carpentier P.H., Gaillard S., Jünger M., Urbanek T., Hafner J., Patel M., Wu S., Caprini J., Lurie F., Hirsch T. Risks and contraindications of medical compression treatment - A critical reappraisal. An international consensus statement // *Phlebology.* 2020. T. 35, № 7. C. 447–460.

112. Franks P.J., Moffatt C.J., Connolly M., Bosanquet N., Oldroyd M.I., Greenhalgh R.M., McCollum C.N. Factors associated with healing leg ulceration with high compression // *Age Ageing*. 1995. T. 24, № 5. C. 407–410.
113. Carpentier P.H., Becker F., Thiney G., Poensin D., Satger B. Acceptability and practicability of elastic compression stockings in the elderly: a randomized controlled evaluation // *Phlebology*. 2011. T. 26, № 3. C. 107–113.
114. Sippel K., Seifert B., Hafner J. Donning devices (foot slips and frames) enable elderly people with severe chronic venous insufficiency to put on compression stockings // *Eur. J. Vasc. Endovasc. Surg. Off. J. Eur. Soc. Vasc. Surg.* 2015. T. 49, № 2. C. 221–229.
115. Palfreyman S.J., Michaels J.A. A systematic review of compression hosiery for uncomplicated varicose veins // *Phlebology*. 2009. T. 24 Suppl 1. C. 13–33.
116. Partsch H., Flour M., Smith P.C., International Compression Club. Indications for compression therapy in venous and lymphatic disease consensus based on experimental data and scientific evidence. Under the auspices of the IUP // *Int. Angiol. J. Int. Union Angiol.* 2008. T. 27, № 3. C. 193–219.
117. Knight Nee Shingler S.L., Robertson L., Stewart M. Graduated compression stockings for the initial treatment of varicose veins in people without venous ulceration // *Cochrane Database Syst. Rev.* 2021. T. 7, № 7. C. CD008819.
118. Rabe E., Partsch H., Jünger M., Abel M., Achhammer I., Becker F., Cornu-Thenard A., Flour M., Hutchinson J., Issberner K., Moffatt C., Pannier F. Guidelines for clinical studies with compression devices in patients with venous disorders of the lower limb // *Eur. J. Vasc. Endovasc. Surg. Off. J. Eur. Soc. Vasc. Surg.* 2008. T. 35, № 4. C. 494–500.
119. Shingler S., Robertson L., Boghossian S., Stewart M. Compression stockings for the initial treatment of varicose veins in patients without venous ulceration // *Cochrane Database Syst. Rev.* 2013. № 12. C. CD008819.
120. Vayssairat M., Ziani E., Houot B. [Placebo controlled efficacy of class 1 elastic stockings in chronic venous insufficiency of the lower limbs].[Article in French] // *J Mal Vasc.* 2000. T. 25, № 4. C. 256–262.
121. Benigni J.P., Sadoun S., Allaert F.A., Vin F. Efficacy of Class 1 elastic compression stockings in the early stages of chronic venous disease. A comparative study // *Int. Angiol. J. Int. Union Angiol.* 2003. T. 22, № 4. C. 383–392.
122. Angiology D., Consulting A. Compression hosiery for occupational leg symptoms and leg volume : a randomized crossover trial in a cohort of hairdressers. 2012. № March. C. 1–9.
123. Amsler F., Blättler W. Compression therapy for occupational leg symptoms and chronic venous disorders - a meta-analysis of randomised controlled trials // *Eur. J. Vasc. Endovasc. Surg. Off. J. Eur. Soc. Vasc. Surg.* 2008. T. 35, № 3. C. 366–372.
124. Schul M.W., Eaton T., Erdman B. Compression versus sclerotherapy for patients with isolated refluxing reticular veins and telangiectasia: a randomized trial comparing quality-of-life outcomes // *Phlebology*. 2011. T. 26, № 4. C. 148–156.
125. Rabe E., Partsch H., Hafner J., Lattimer C., Mosti G., Neumann M., Urbanek T., Huebner M., Gaillard S., Carpentier P. Indications for medical compression stockings in venous and lymphatic disorders: An evidence-based consensus statement // *Phlebology*. 2018. T. 33, № 3. C. 163–184.
126. Diehm C., Trampisch H.J., Lange S., Schmidt C. Comparison of leg compression stocking and oral horse-chestnut seed extract therapy in patients with chronic venous insufficiency // *Lancet Lond. Engl.* 1996. T. 347, № 8997. C. 292–294.
127. Gniadecka M., Karlsmark T., Bertram A. Removal of dermal edema with class I and II compression stockings in patients with lipodermatosclerosis // *J. Am. Acad. Dermatol.* 1998. T. 39, № 6. C. 966–970.

128. Onorati D., Rossi G.-G., Idiazabal G. [Effect of elastic stockings on edema related to chronic venous insufficiency. Videocapillaroscopic assessment] // *J. Mal. Vasc.* 2003. T. 28, № 1. C. 21–23.
129. Mosti G., Partsch H. Bandages or double stockings for the initial therapy of venous oedema? A randomized, controlled pilot study // *Eur. J. Vasc. Endovasc. Surg. Off. J. Eur. Soc. Vasc. Surg.* 2013. T. 46, № 1. C. 142–148.
130. Clarke M.J., Broderick C., Hopewell S., Juszcak E., Eisinga A. Compression stockings for preventing deep vein thrombosis in airline passengers // *Cochrane Database Syst. Rev.* 2021. T. 4, № 4. C. CD004002.
131. Vandongen Y.K., Stacey M.C. Graduated Compression Elastic Stockings Reduce Lipodermatosclerosis and Ulcer Recurrence // *Phlebol. J. Venous Dis.* 2000. T. 15, № 1. C. 33–37.
132. Nelson E.A., Bell-Syer S.E.M. Compression for preventing recurrence of venous ulcers // *Cochrane Database Syst. Rev.* 2014. T. 2014, № 9. C. CD002303.
133. Mauck K.F., Asi N., Elraiyyah T.A., Undavalli C., Nabhan M., Altayar O., Sonbol M.B., Prokop L.J., Murad M.H. Comparative systematic review and meta-analysis of compression modalities for the promotion of venous ulcer healing and reducing ulcer recurrence // *J. Vasc. Surg.* 2014. T. 60, № 2 Suppl. C. 71S-90S.e1-2.
134. Travers, JP, Makin, GS. Reduction of Varicose Vein Recurrence by Use of Postoperative Compression Stockings // *Phlebology.* 1994. T. 9, № 3. C. 104–107.
135. Coelho F., Araújo W.J.B., Belczak S., Rui E.F., Borsato B.B., Baldesserra N.F., de Oliveira R.G. Influence of compression therapy following varicose vein surgery: a prospective randomized study // *J Vasc Bras.* 2023. T. 22. C. e20220052.
136. Biswas S., Clark A., Shields D.A. Randomised clinical trial of the duration of compression therapy after varicose vein surgery // *Eur. J. Vasc. Endovasc. Surg. Off. J. Eur. Soc. Vasc. Surg.* 2007. T. 33, № 5. C. 631–637.
137. Huang T.-W., Chen S.-L., Bai C.-H., Wu C.-H., Tam K.-W. The optimal duration of compression therapy following varicose vein surgery: a meta-analysis of randomized controlled trials // *Eur. J. Vasc. Endovasc. Surg. Off. J. Eur. Soc. Vasc. Surg.* 2013. T. 45, № 4. C. 397–402.
138. Shouler P.J., Runchman P.C. Varicose veins: optimum compression after surgery and sclerotherapy // *Ann. R. Coll. Surg. Engl.* 1989. T. 71, № 6. C. 402–404.
139. Bond R., Whyman M.R., Wilkins D.C., Walker A.J., Ashlez S. A randomized trial of different compression dressings following varicose veins surgery // *Phlebology.* 1999. T. 14. C. 9–11.
140. Bakker N.A., Schieven L.W., Bruins R.M.G., van den Berg M., Hissink R.J. Compression stockings after endovenous laser ablation of the great saphenous vein: a prospective randomized controlled trial // *Eur. J. Vasc. Endovasc. Surg. Off. J. Eur. Soc. Vasc. Surg.* 2013. T. 46, № 5. C. 588–592.
141. Krasznai A.G., Sigterman T.A., Troquay S., Houtermans-Auckel J.P., Snoeijs M., Rensma H.G., Sikkink C., Bouwman L.H. A randomised controlled trial comparing compression therapy after radiofrequency ablation for primary great saphenous vein incompetence // *Phlebology.* 2016. T. 31, № 2. C. 118–124.
142. Bootun R., Belramman A., Bolton-Saghaoui L., Lane T.R.A., Riga C., Davies A.H. Randomized Controlled Trial of Compression After Endovenous Thermal Ablation of Varicose Veins (COMETA Trial) // *Ann. Surg.* 2021. T. 273, № 2. C. 232–239.
143. Tan M.K.H., Salim S., Onida S., Davies A.H. Postsclerotherapy compression: A systematic review // *J. Vasc. Surg. Venous Lymphat. Disord.* 2021. T. 9, № 1. C. 264–274.
144. O'Hare J.L., Stephens J., Parkin D., Earnshaw J.J. Randomized clinical trial of different bandage regimens after foam sclerotherapy for varicose veins // *Br. J. Surg.* 2010. T. 97, № 5. C. 650–656.

145. Belramman A., Bootun R., Lane T.R.A., Davies A.H. Compression following Endovenous Treatment of Incompetent Varicose Veins by Sclerotherapy (CONFETTI) // J. Vasc. Surg. Venous Lymphat. Disord. 2021. T. 10, № 2. C. 574.
146. Belramman A., Bootun R., Lane T.R.A., Davies A.H. Compression following endovenous Treatment of Incompetent varicose veins by sclerotherapy (CONFETTI) // J. Vasc. Surg. Venous Lymphat. Disord. 2023. T. 12, № 2. C. 101729.
147. Smyth R.M.D., Aflaifel N., Bamigboye A.A. Interventions for varicose veins and leg oedema in pregnancy // Cochrane Database Syst. Rev. 2015. T. 2015, № 10.
148. Thaler E., Huch R., Huch A., Zimmermann R. Compression stockings prophylaxis of emergent varicose veins in pregnancy: a prospective randomised controlled study // Swiss Med. Wkly. 2001. T. 131, № 45–46. C. 659–662.
149. Clarke M.J., Broderick C., Hopewell S., Juszczak E., Eisinga A. Compression stockings for preventing deep vein thrombosis in airline passengers // Cochrane Database Syst. Rev. 2016. № 9. C. 50.
150. Государственный реестр лекарственных средств [Электронный ресурс]. URL: <https://grls.minzdrav.gov.ru/Default.aspx> (дата обращения: 03.07.2024).
151. Martinez-Zapata M.J., Vernooij R.W., Simancas-Racines D., Uriona Tuma S.M., Stein A.T., Moreno Carriles R.M.M., Vargas E., Bonfill Cosp X. Phlebtonics for venous insufficiency // Cochrane Database Syst. Rev. 2020. T. 11. C. CD003229.
152. Ibáñez L., Ballarín E., Vidal X., Laporte J.R. Agranulocytosis associated with calcium dobesilate clinical course and risk estimation with the case-control and the case-population approaches // Eur. J. Clin. Pharmacol. 2000. T. 56, № 9–10. C. 763–767.
153. Ibáñez L., Vidal X., Ballarín E., Laporte J.-R. Population-based drug-induced agranulocytosis // Arch. Intern. Med. 2005. T. 165, № 8. C. 869–874.
154. Pittler M.H., Ernst E. Horse chestnut seed extract for chronic venous insufficiency // Cochrane Database Syst. Rev. 2012. T. 11.
155. Boyle P., Diehm C., Robertson C. Meta-analysis of clinical trials of Cyclo 3 Fort in the treatment of chronic venous insufficiency // Int. Angiol. J. Int. Union Angiol. 2003. T. 22, № 3. C. 250–262.
156. Kakkos S.K., Nicolaides A.N. Efficacy of micronized purified flavonoid fraction (Daflon®) on improving individual symptoms, signs and quality of life in patients with chronic venous disease: a systematic review and meta-analysis of randomized double-blind placebo-controlled trials // Int. Angiol. J. Int. Union Angiol. 2018. T. 37, № 2. C. 143–154.
157. Bush R., Comerota A., Meissner M., Raffetto J.D., Hahn S.R., Freeman K. Recommendations for the medical management of chronic venous disease: The role of Micronized Purified Flavanoid Fraction (MPFF) // Phlebology. 2017. T. 32, № 1_suppl. C. 3–19.
158. Jantet G. Chronic venous insufficiency: worldwide results of the RELIEF study. Reflux assessment and quality of life improvement with micronized flavonoids // Angiology. 2002. T. 53, № 3. C. 245–256.
159. Kakkos S.K., Allaert F.A. Efficacy of Ruscus extract, HMC and vitamin C, constituents of Cyclo 3 fort®, on improving individual venous symptoms and edema: a systematic review and meta-analysis of randomized double-blind placebo-controlled trials // Int. Angiol. J. Int. Union Angiol. 2017. T. 36, № 2. C. 93–106.
160. Mansilha A., Ganesini S., Ulloa J.H., Lobastov K., Wang J., Freitag A., Schaible K.R., Martin M., Yaltirik P., Nicolaides A.N. Pharmacological treatment for chronic venous disease: an umbrella review of systematic reviews // Int. Angiol. J. Int. Union Angiol. 2022. T. 41, № 3. C. 249–257.
161. Bignamini A.A., Matuška J. Sulodexide for the Symptoms and Signs of Chronic Venous Disease: A Systematic Review and Meta-analysis // Adv. Ther. 2020. T. 37, № 3. C. 1013–1033.

162. Илюхин Е., Абрамова С., Вербитский Н., Воронин М., Герасимова Д.Е., Камардин Ф., Костромитин Н., Нуртдинов А., Скоробогатов О., Стойко Ю. Многоцентровое проспективное наблюдательное исследование по оценке приверженности пациентов с хронической венозной недостаточностью терапии сулодексидом в условиях рутинной амбулаторной практики // *Флебология*. 2020. Т. 14, № 2. С. 74–82.
163. Илюхин Е.А. Анализ результатов применения пероральной формы сулодексида в рамках наблюдательного исследования ALLEGRO // *Флебология*. 2020. Т. 14, № 2. С. 113.
164. Илюхин Е.А. Анализ результатов применения пероральной формы сулодексида у пациентов с варикозной болезнью, сопровождающейся хронической венозной недостаточностью, в рамках наблюдательного исследования ALLEGRO // *Флебология*. 2020. Т. 14, № 4. С. 304–310.
165. Золотухин И.А., Стойко Ю.М., Сучков И.А., Голованова О.В., Ефремова О.И., Кузнецов А.Н., Цыплящук А.В., Камаев А.А. Сравнение эффективности фармакотерапии и компрессионной терапии в теплое время года у пациентов с субъективными симптомами хронических заболеваний вен нижних конечностей // *Флебология*. 2023. Т. 17, № 1. С. 26.
166. Allaert F.A. Meta-analysis of the impact of the principal venoactive drugs agents on malleolar venous edema // *Int. Angiol. J. Int. Union Angiol.* 2012. Т. 31, № 4. С. 310–315.
167. Coleridge-Smith P., Lok C., Ramelet A.-A. Venous leg ulcer: a meta-analysis of adjunctive therapy with micronized purified flavonoid fraction // *Eur. J. Vasc. Endovasc. Surg. Off. J. Eur. Soc. Vasc. Surg.* 2005. Т. 30, № 2. С. 198–208.
168. Wu B., Lu J., Yang M., Xu T. Sulodexide for treating venous leg ulcers // *Cochrane Database Syst. Rev.* 2016. Т. 2016, № 6.
169. Handbook of Venous and Lymphatic Disorders: Guidelines of the American Venous Forum, Fourth Edition. 4-е изд. / под ред. Gloviczki P. и др. Boca Raton: CRC Press, 2017. 866 с.
170. Mansilha A., Sousa J. Benefits of venoactive drug therapy in surgical or endovenous treatment for varicose veins: a systematic review // *Int. Angiol. J. Int. Union Angiol.* 2019. Т. 38, № 4. С. 291–298.
171. Gonzalez Ochoa A.J., Carrillo J., Manríquez D., Manrique F., Vazquez A.N. Reducing hyperpigmentation after sclerotherapy: A randomized clinical trial // *J. Vasc. Surg. Venous Lymphat. Disord.* 2021. Т. 9, № 1. С. 154–162.
172. Lacroix I., Beau A.-B., Hurault-Delarue C., Bouilhac C., Petiot D., Vayssière C., Vidal S., Montastruc J.-L., Damase-Michel C. First epidemiological data for venotonics in pregnancy from the EFEMERIS database // *Phlebology*. 2016. Т. 31, № 5. С. 344–348.
173. Lobastov K.V. Impact of Microcirculatory Disorders on the Symptoms of Chronic Venous Disease and Their Pharmacological Correction // *Flebologiya*. 2020. Т. 14, № 1. С. 30.
174. Porembskaya O.Ya. Topical Remedies for Chronic Venous Disease Management. Composition as the Basis of Effectiveness // *Flebologiya*. 2020. Т. 14, № 4. С. 322.
175. Kalinin R.E., Suchkov I.A., Kamaev A.A. Effectiveness of Local Treatment in Patients with Chronic Venous Disease // *Flebologiya*. 2021. Т. 15, № 4. С. 290.
176. Nicolaides A., Kakkos S., Baekgaard N., Comerota A., de Maeseneer M., Eklof B., Giannoukas A., Lugli M., Maleti O., Mansilha A., Myers K.A., Nelzén O., Partsch H., Perrin M. Management of chronic venous disorders of the lower limbs. Guidelines According to Scientific Evidence. Part II // *Int. Angiol. J. Int. Union Angiol.* 2020. Т. 39, № 3. С. 175–240.
177. Богачев В.Ю., Болдин Б.В., Туркин П.Ю. Современная терапия хронических заболеваний вен нижних конечностей: в фокусе - трансдермальные флеботропные препараты // *Рмж*. 2018. Т. 26, № 6–2. С. 61–65.
178. Богачев В.Ю., Болдин Б.В., Туркин П.Ю., Саменков А.Ю. Сравнительная эффективность различных методов лечения хронического венозного отека в реальной

- клинической практике // *Ангиология И Сосудистая Хирургия Журнал Им Академика Ав Покровского*. 2021. Т. 27, № 3. С. 77–84.
179. Богачев В.Ю., Болдин Б.В., Туркин П.Ю., Лобанов В.Н. Местные препараты в лечении и снижении частоты развития нежелательных реакций после склеротерапии телеангиэктазов // *Ангиология И Сосудистая Хирургия Журнал Им Академика Ав Покровского*. 2019. Т. 25, № 4. С. 102–107.
180. Rosukhovskiy D.A. Comparative Study of Cryo-Laser and Cryo-Sclerotherapy with Microclerotherapy // *Flebologia*. 2021. Т. 15, № 3. С. 144.
181. Голованова О.В., Ефремова О.И., Селиверстов Е.И., Кузнецов А.Н., Золотухин И.А. Частота и выраженность симптома «струны» после термической облитерации большой подкожной вены снижаются в результате местной терапии // *Флебология*. 2022. Т. 16, № 4. С. 256.
182. Nicolaides A., Kakkos S., Baekgaard N., Comerota A., De Maeseneer M., Eklof B., Giannoukas A.D., Lugli M., Maleti O., Myers K., Nelzén O., Partsch H., Perrin M. Management of chronic venous disorders of the lower limbs. Guidelines According to Scientific Evidence. Part I // *Int. Angiol.* 2018. Т. 37, № 3.
183. Zhang J., Jing Z., Schliephake D.E., Otto J., Malouf G.M., Gu Y.-Q. Efficacy and safety of Aethoxysklerol® (polidocanol) 0.5%, 1% and 3% in comparison with placebo solution for the treatment of varicose veins of the lower extremities in Chinese patients (ESA-China Study) // *Phlebology*. 2012. Т. 27, № 4. С. 184–190.
184. Hobbs J.T. Surgery and sclerotherapy in the treatment of varicose veins. A random trial // *Arch. Surg. Chic. Ill* 1960. 1974. Т. 109, № 6. С. 793–796.
185. de Roos K.-P., Nieman F.H.M., Neumann H.A.M. Ambulatory phlebectomy versus compression sclerotherapy: results of a randomized controlled trial // *Dermatol. Surg. Off. Publ. Am. Soc. Dermatol. Surg. Al.* 2003. Т. 29, № 3. С. 221–226.
186. Masuda E.M., Kessler D.M., Lurie F., Puggioni A., Kistner R.L., Eklof B. The effect of ultrasound-guided sclerotherapy of incompetent perforator veins on venous clinical severity and disability scores // *J. Vasc. Surg.* 2006. Т. 43, № 3. С. 551–556; discussion 556–557.
187. van Neer P., Veraart J.C.J.M., Neumann H. Posterolateral thigh perforator varicosities in 12 patients: a normal deep venous system and successful treatment with ultrasound-guided sclerotherapy // *Dermatol. Surg. Off. Publ. Am. Soc. Dermatol. Surg. Al.* 2006. Т. 32, № 11. С. 1346–1352; discussion 1351–1352.
188. Giannopoulos S., Rodriguez L., Chau M., Rodrigues D., Labropoulos N., Aziz F., Malgor E.A., Malgor R.D. A systematic review of the outcomes of percutaneous treatment modalities for pathologic saphenous and perforating veins // *J. Vasc. Surg. Venous Lymphat. Disord.* 2022. Т. 10, № 5. С. 1172–1183.e5.
189. Ho V.T., Adkar S.S., Harris E.J. Systematic review and meta-analysis of management of incompetent perforators in patients with chronic venous insufficiency // *J. Vasc. Surg. Venous Lymphat. Disord.* 2022. Т. 10, № 4. С. 955–964.e5.
190. King T., Coulomb G., Goldman A., Sheen V., McWilliams S., Guptan R.C. Experience with concomitant ultrasound-guided foam sclerotherapy and endovenous laser treatment in chronic venous disorder and its influence on Health Related Quality of Life: interim analysis of more than 1000 consecutive procedures // *Int. Angiol. J. Int. Union Angiol.* 2009. Т. 28, № 4. С. 289–297.
191. Bountouroglou D.G., Azzam M., Kakkos S.K., Pathmarajah M., Young P., Geroulakos G. Ultrasound-guided foam sclerotherapy combined with sapheno-femoral ligation compared to surgical treatment of varicose veins: early results of a randomised controlled trial // *Eur. J. Vasc. Endovasc. Surg. Off. J. Eur. Soc. Vasc. Surg.* 2006. Т. 31, № 1. С. 93–100.
192. Kakkos S.K., Bountouroglou D.G., Azzam M., Kalodiki E., Daskalopoulos M., Geroulakos G. Effectiveness and safety of ultrasound-guided foam sclerotherapy for recurrent varicose

- veins: immediate results // *J. Endovasc. Ther. Off. J. Int. Soc. Endovasc. Spec.* 2006. T. 13, № 3. С. 357–364.
193. McDonagh B., Sorenson S., Gray C. Clinical spectrum of recurrent postoperative varicose veins and efficacy of sclerotherapy management using the compass technique // *Phlebology*. 2003. T. 18. С. 173–186.
 194. Darvall K. a. L., Bate G.R., Adam D.J., Silverman S.H., Bradbury A.W. Duplex ultrasound outcomes following ultrasound-guided foam sclerotherapy of symptomatic recurrent great saphenous varicose veins // *Eur. J. Vasc. Endovasc. Surg. Off. J. Eur. Soc. Vasc. Surg.* 2011. T. 42, № 1. С. 107–114.
 195. Суковатых Б., Родионов О., Суковатых М., Ходыкин С. Диагностика и лечение атипичных форм варикозной болезни вен таза: 3 // *Вестник Хирургии Имени И И Грекова*. Россия, Санкт-Петербург: Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И. П. Павлова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 2008. Т. 167, № 3. С. 43–45.
 196. Paraskevas P. Successful ultrasound-guided foam sclerotherapy for vulval and leg varicosities secondary to ovarian vein reflux: a case study // *Phlebology*. 2011. T. 26, № 1. С. 29–31.
 197. Kirienko A.I., et al. Russian Clinical Guidelines for the Diagnostics and Treatment of Chronic Venous Diseases // *Flebologiya*. 2018. T. 12, № 3. С. 146–240.
 198. Shadid N., Ceulen R., Nelemans P., Dirksen C., Veraart J., Schurink G.W., van Neer P., vd Kley J., de Haan E., Sommer A. Randomized clinical trial of ultrasound-guided foam sclerotherapy versus surgery for the incompetent great saphenous vein // *Br. J. Surg.* 2012. T. 99, № 8. С. 1062–1070.
 199. Rasmussen L.H., Lawaetz M., Bjoern L., Vennits B., Blemings A., Eklof B. Randomized clinical trial comparing endovenous laser ablation, radiofrequency ablation, foam sclerotherapy and surgical stripping for great saphenous varicose veins // *Br. J. Surg.* 2011. T. 98, № 8. С. 1079–1087.
 200. Rabe E., Breu F.X., Cavezzi A., Coleridge Smith P., Frullini A., Gillet J.L., Guex J.J., Hamel-Desnos C., Kern P., Partsch B., Ramelet A.A., Tessari L., Pannier F., Guideline Group. European guidelines for sclerotherapy in chronic venous disorders // *Phlebology*. 2014. T. 29, № 6. С. 338–354.
 201. Wong M., Parsi K., Myers K., De Maeseneer M., Caprini J., Cavezzi A., Connor D.E., Davies A.H., Ghanesini S., Gillet J.-L., Grondin L., Guex J.-J., Hamel-Desnos C., Morrison N., Mosti G., Orrego A., Partsch H., Rabe E., Raymond-Martimbeau P., Schadeck M., Simkin R., Tessari L., Thibault P.K., Ulloa J.H., Whiteley M., Yamaki T., Zimmet S., Kang M., Vuong S., Yang A., Zhang L. Sclerotherapy of lower limb veins: Indications, contraindications and treatment strategies to prevent complications - A consensus document of the International Union of Phlebology-2023 // *Phlebology*. 2023. T. 38, № 4. С. 205–258.
 202. Parsi K. Paradoxical embolism, stroke and sclerotherapy // *Phlebology*. 2012. T. 27, № 4. С. 147–167.
 203. Hansen K., Morrison N., Neuhardt D.L., Salles-Cunha S.X. Transthoracic Echocardiogram and Transcranial Doppler Detection of Emboli after foam Sclerotherapy of Leg Veins // *J. Vasc. Ultrasound*. 2007. T. 31, № 4. С. 213–216.
 204. Frullini A., Felice F., Burchielli S., Di Stefano R. High production of endothelin after foam sclerotherapy: a new pathogenetic hypothesis for neurological and visual disturbances after sclerotherapy // *Phlebology*. 2011. T. 26, № 5. С. 203–208.
 205. Tisi P.V., Beverley C., Rees A. Injection sclerotherapy for varicose veins // *Cochrane Database Syst. Rev.* 2006. № 4. С. CD001732.

206. Goldman M.P. Treatment of varicose and telangiectatic leg veins: double-blind prospective comparative trial between aethoxyskerol and sotradecol // *Dermatol. Surg. Off. Publ. Am. Soc. Dermatol. Surg. Al.* 2002. T. 28, № 1. C. 52–55.
207. Labas P., Ohradka B., Cambal M., Reis R., Fillo J. Long term results of compression sclerotherapy // *Bratisl. Lek. Listy.* 2003. T. 104, № 2. C. 78–81.
208. Alòs J., Carreño P., López J.A., Estadella B., Serra-Prat M., Marinell-Lo J. Efficacy and safety of sclerotherapy using polidocanol foam: a controlled clinical trial // *Eur. J. Vasc. Endovasc. Surg. Off. J. Eur. Soc. Vasc. Surg.* 2006. T. 31, № 1. C. 101–107.
209. Hamel-Desnos C., Desnos P., Wollmann J.-C., Ouvry P., Mako S., Allaert F.-A. Evaluation of the efficacy of polidocanol in the form of foam compared with liquid form in sclerotherapy of the greater saphenous vein: initial results // *Dermatol. Surg. Off. Publ. Am. Soc. Dermatol. Surg. Al.* 2003. T. 29, № 12. C. 1170–1175; discussion 1175.
210. Ouvry P., Allaert F.-A., Desnos P., Hamel-Desnos C. Efficacy of polidocanol foam versus liquid in sclerotherapy of the great saphenous vein: a multicentre randomised controlled trial with a 2-year follow-up // *Eur. J. Vasc. Endovasc. Surg. Off. J. Eur. Soc. Vasc. Surg.* 2008. T. 36, № 3. C. 366–370.
211. Rabe E., Otto J., Schliephake D., Pannier F. Efficacy and safety of great saphenous vein sclerotherapy using standardised polidocanol foam (ESAF): a randomised controlled multicentre clinical trial // *Eur. J. Vasc. Endovasc. Surg. Off. J. Eur. Soc. Vasc. Surg.* 2008. T. 35, № 2. C. 238–245.
212. Kanber E.M. Comparison of Foam and Liquid Sclerotherapy for the Treatment of Lower Extremity Varicose Veins and Telangiectasia in Obese Patients // *Cureus.* 2023. T. 15, № 7. C. e42571.
213. Hamel-Desnos C.M., Guías B.J., Desnos P.R., Mesgard A. Foam sclerotherapy of the saphenous veins: randomised controlled trial with or without compression // *Eur. J. Vasc. Endovasc. Surg. Off. J. Eur. Soc. Vasc. Surg.* 2010. T. 39, № 4. C. 500–507.
214. Kanter A., Thibault P. Saphenofemoral incompetence treated by ultrasound-guided sclerotherapy // *Dermatol. Surg. Off. Publ. Am. Soc. Dermatol. Surg. Al.* 1996. T. 22, № 7. C. 648–652.
215. Yamaki T., Hamahata A., Soejima K., Kono T., Nozaki M., Sakurai H. Prospective randomised comparative study of visual foam sclerotherapy alone or in combination with ultrasound-guided foam sclerotherapy for treatment of superficial venous insufficiency: preliminary report // *Eur. J. Vasc. Endovasc. Surg. Off. J. Eur. Soc. Vasc. Surg.* 2012. T. 43, № 3. C. 343–347.
216. Tessari L., Cavezzi A., Frullini A. Preliminary experience with a new sclerosing foam in the treatment of varicose veins // *Dermatol. Surg. Off. Publ. Am. Soc. Dermatol. Surg. Al.* 2001. T. 27, № 1. C. 58–60.
217. de Roos K.-P., Groen L., Leenders A.C.A.P. Foam sclerotherapy: investigating the need for sterile air // *Dermatol. Surg. Off. Publ. Am. Soc. Dermatol. Surg. Al.* 2011. T. 37, № 8. C. 1119–1124.
218. Chen J., Liu Y.-R., Sun Y.-D., Liu C., Zhuo S.-Y., Li K., Wei F.-C., Liu S.-H. The risk of bacteria in foam sclerotherapy: does the condition of the air in outpatient vs. operating rooms make a difference? // *Br. J. Dermatol.* 2014. T. 171, № 6. C. 1386–1390.
219. Morrison N., Neuhardt D.L., Rogers C.R., McEown J., Morrison T., Johnson E., Salles-Cunha S.X. Comparisons of side effects using air and carbon dioxide foam for endovenous chemical ablation // *J. Vasc. Surg.* 2008. T. 47, № 4. C. 830–836.
220. Morrison N., Neuhardt D.L., Rogers C.R., McEown J., Morrison T., Johnson E., Salles-Cunha S.X. Incidence of side effects using carbon dioxide-oxygen foam for chemical ablation of superficial veins of the lower extremity // *Eur. J. Vasc. Endovasc. Surg. Off. J. Eur. Soc. Vasc. Surg.* 2010. T. 40, № 3. C. 407–413.

221. Beckitt T., Elstone A., Ashley S. Air versus physiological gas for ultrasound guided foam sclerotherapy treatment of varicose veins // *Eur. J. Vasc. Endovasc. Surg. Off. J. Eur. Soc. Vasc. Surg.* 2011. T. 42, № 1. C. 115–119.
222. Hesse G., Breu F., Kuschmann A., Hartmann K., Salomon N. Sclerotherapy using air- or CO₂-foam. Post-approval study // *Phlebologie.* 2012. T. 41. C. 77–88.
223. Leslie-Mazwi T.M., Avery L.L., Sims J.R. Intra-arterial air thrombogenesis after cerebral air embolism complicating lower extremity sclerotherapy // *Neurocrit. Care.* 2009. T. 11, № 1. C. 97–100.
224. Scultetus A.H., Villavicencio J.L., Kao T.-C., Gillespie D.L., Ketron G.D., Iafrati M.D., Pikoulis E., Eifert S. Microthrombectomy reduces postsclerotherapy pigmentation: multicenter randomized trial // *J. Vasc. Surg.* 2003. T. 38, № 5. C. 896–903.
225. Nootheti P.K., Cadag K.M., Magpantay A., Goldman M.P. Efficacy of graduated compression stockings for an additional 3 weeks after sclerotherapy treatment of reticular and telangiectatic leg veins // *Dermatol. Surg. Off. Publ. Am. Soc. Dermatol. Surg. Al.* 2009. T. 35, № 1. C. 53–57; discussion 57–58.
226. Weiss R.A., Sadick N.S., Goldman M.P., Weiss M.A. Post-sclerotherapy compression: controlled comparative study of duration of compression and its effects on clinical outcome // *Dermatol. Surg. Off. Publ. Am. Soc. Dermatol. Surg. Al.* 1999. T. 25, № 2. C. 105–108.
227. Michaels J.A., Campbell W.B., Brazier J.E., Macintyre J.B., Palfreyman S.J., 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. Winch. Engl.* 2006. T. 10, № 13. C. 1–196, iii–iv.
228. Michaels J.A., Brazier J.E., Campbell W.B., MacIntyre J.B., Palfreyman S.J., Ratcliffe J. Randomized clinical trial comparing surgery with conservative treatment for uncomplicated varicose veins // *Br. J. Surg.* 2006. T. 93, № 2. C. 175–181.
229. Sam R.C., MacKenzie R.K., Paisley A.M., Ruckley C.V., Bradbury A.W. The effect of superficial venous surgery on generic health-related quality of life // *Eur. J. Vasc. Endovasc. Surg. Off. J. Eur. Soc. Vasc. Surg.* 2004. T. 28, № 3. C. 253–256.
230. Epstein D., Bootun R., Diop M., Ortega-Ortega M., Lane T.R.A., Davies A.H. Cost-effectiveness analysis of current varicose veins treatments // *J. Vasc. Surg. Venous Lymphat. Disord.* 2022. T. 10, № 2. C. 504-513.e7.
231. Shutze W., Shutze R., Dhot P., Ogola G.O. Patient-reported outcomes of endovenous superficial venous ablation for lower extremity swelling // *Phlebology.* 2019. T. 34, № 6. C. 391–398.
232. Cho A., Ahn S., Mo H., Min S.-K., Jung I.M. Treatments for symptomatic class I patients in CEAP classification with saphenous vein reflux: A pilot study // *J. Vasc. Surg. Venous Lymphat. Disord.* 2023. T. 11, № 4. C. 700–707.
233. Gloviczki P., Lawrence P.F., Wasan S.M., Meissner M.H., Almeida J., Brown K.R., Bush R.L., Di Iorio M., Fish J., Fukaya E., Gloviczki M.L., Hingorani A., Jayaraj A., Kolluri R., Murad M.H., Obi A.T., Ozsvath K.J., Singh M.J., Vayuvegula S., Welch H.J. 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 // *J Vasc Surg Venous Lymphat Disord.* 2024. T. 12, № 1. C. 101670.
234. Shamiyeh A., Schrenk P., Wayand W.U. Prospective trial comparing bilateral and unilateral varicose vein surgery // *Langenbecks Arch. Surg.* 2003. T. 387, № 11–12. C. 402–405.
235. Gemayel G., Christenson J.T. Can bilateral varicose vein surgery be performed safely in an ambulatory setting? // *Eur. J. Vasc. Endovasc. Surg. Off. J. Eur. Soc. Vasc. Surg.* 2012. T. 43, № 1. C. 95–99.
236. Caprini J.A. Thrombosis risk assessment as a guide to quality patient care // *Dis.--Mon. DM.* 2005. T. 51, № 2–3. C. 70–78.

237. Schuller-Petrović S., Pichot O., Rabe E., Maurins U., Morrison N., Pavlović M.D., Pannier F. Guidelines of the First International Consensus Conference on Endovenous Thermal Ablation for Varicose Vein Disease--ETAV Consensus Meeting 2012 // *Phlebology*. 2015. T. 30, № 4. C. 257–273.
238. Lobastov K.V., Shaldina M.V., Borsuk D.A., Schastlivtsev I.V., Laberko L.A., Fokin A.A. Current state of the problem of risk assessment and prevention of venous thromboembolic complications after thermal obliteration of superficial veins // *Ambulatornaya Khirurgiya Ambul. Surg. Russ.* 2022. T. 19, № 2. C. 62–71.
239. Van Den Bos R.R., Neumann M., De Roos K.-P., Nijsten T. Endovenous laser ablation-induced complications: review of the literature and new cases // *Dermatol. Surg. Off. Publ. Am. Soc. Dermatol. Surg. Al.* 2009. T. 35, № 8. C. 1206–1214.
240. Barker T., Evison F., Benson R., Tiwari A. Risk of venous thromboembolism following surgical treatment of superficial venous incompetence // *VASA Z. Gefasskrankheiten*. 2017. T. 46, № 6. C. 484–489.
241. Боренштейн А.И., Миронова Е.Н., Андрияшкин А.В., Золотухин И.А. Профилактика венозных тромбозмболических осложнений после флебэктомии // *Флебология*. 2012. T. 6, № 4. C. 29–34.
242. Lobastov K., Vorontsova A., Bargandzhiya A., Tsaplin S., Schastlivtsev I., Barinov V., Laberko L., Dvornikov A. The frequency and clinical significance of nontarget superficial and deep vein occlusion after physician compounded foam sclerotherapy of varicose tributaries // *Phlebology*. 2020. T. 35, № 6. C. 430–439.
243. Parsi K., Panozzo B., Bull A., Yang A., Kang M., Parsi Y., Connor D.E. Deep vein sclerosis following sclerotherapy: Ultrasonic and d-dimer criteria // *Phlebology*. 2020. T. 35, № 5. C. 325–336.
244. Malgor R.D., Gasparis A.P., Labropoulos N. Morbidity and mortality after thermal venous ablations // *Int. Angiol. J. Int. Union Angiol.* 2016. T. 35, № 1. C. 57–61.
245. Brar R., Nordon I.M., Hinchliffe R.J., Loftus I.M., Thompson M.M. Surgical management of varicose veins: meta-analysis // *Vascular*. 2010. T. 18, № 4. C. 205–220.
246. Lobastov K., Urbanek T., Stepanov E., Lal B.K., Marangoni J., Krauss E.S., Cronin M., Dengler N., Segal A., Welch H.J., Giancesini S., Chen X., Caprini J.A. The Thresholds of Caprini Score Associated With Increased Risk of Venous Thromboembolism Across Different Specialties: A Systematic Review // *Ann. Surg.* 2023. T. 277, № 6. C. 929–937.
247. Knipp B.S., Blackburn S.A., Bloom J.R., Fellows E., Laforge W., Pfeifer J.R., Williams D.M., Wakefield T.W., Michigan Venous Study Group. Endovenous laser ablation: venous outcomes and thrombotic complications are independent of the presence of deep venous insufficiency // *J. Vasc. Surg.* 2008. T. 48, № 6. C. 1538–1545.
248. Marsh P., Price B.A., Holdstock J., Harrison C., Whiteley M.S. Deep vein thrombosis (DVT) after venous thermoablation techniques: rates of endovenous heat-induced thrombosis (EHIT) and classical DVT after radiofrequency and endovenous laser ablation in a single centre // *Eur. J. Vasc. Endovasc. Surg. Off. J. Eur. Soc. Vasc. Surg.* 2010. T. 40, № 4. C. 521–527.
249. Chi Y.-W., Woods T.C. Clinical risk factors to predict deep venous thrombosis post-endovenous laser ablation of saphenous veins // *Phlebology*. 2014. T. 29, № 3. C. 150–153.
250. Testroote M.J.G., Wittens C.H.A. Prevention of venous thromboembolism in patients undergoing surgical treatment of varicose veins // *Phlebology*. 2013. T. 28 Suppl 1. C. 86–90.
251. Kane K., Fisher T., Bennett M., Shutze W., Hicks T., Grimsley B., Gable D., Pearl G., Smith B., Shutze W. The incidence and outcome of endothermal heat-induced thrombosis after endovenous laser ablation // *Ann. Vasc. Surg.* 2014. T. 28, № 7. C. 1744–1750.

252. Rhee S.J., Cantelmo N.L., Conrad M.F., Stoughton J. Factors influencing the incidence of endovenous heat-induced thrombosis (EHIT) // *Vasc. Endovascular Surg.* 2013. Т. 47, № 3. С. 207–212.
253. Бокерия Л.А., Затевахин И.И., Кириенко А.И., Андрияшкин А.В., Андрияшкин В.В., Яхонтов Д.И., и др. Российские Клинические Рекомендации По Диагностике, Лечению И Профилактике Венозных Тромбоэмболических Осложнений (втэо) // *Флебология.* 2015. Т. 9, № 4–2. С. 1–52.
254. Turner B.R.H., Machin M., Jasionowska S., Salim S., Onida S., Shalhoub J., Davies A.H. Systematic Review and Meta-analysis of the Additional Benefit of Pharmacological Thromboprophylaxis for Endovenous Varicose Vein Interventions // *Ann. Surg.* 2023. Т. 278, № 2. С. 166–171.
255. Moreira H., Sousa J., Mansilha A. Chemothromboprophylaxis in varicose vein surgery: a systematic review // *Int. Angiol. J. Int. Union Angiol.* 2022. Т. 41, № 4. С. 346–355.
256. Alameer A., Aherne T., Naughton P., Aly S., McHugh S., Moneley D., Kheirleiseid E.A.H. Peri-procedural thromboprophylaxis in the prevention of DVT in varicose vein interventions: A systematic review and meta-analysis // *Surg. J. R. Coll. Surg. Edinb. Irel.* 2022. Т. 20, № 6. С. e392–e404.
257. Lobastov K., Borsuk D., Fokin A., Shaldina M., Schastlivtsev I., Laberko L. Caprini Score in Venous Surgery: First Results From an Ongoing Registry Study // *J. Vasc. Surg. Venous Lymphat. Disord.* 2021. Т. 9, № 2. С. 550–551.
258. Lobastov K., Shaldina M., Matveeva A., Kovalchuk A., Borsuk D., Schastlivtsev I., Laberko L., Fokin A. The trends in venous thromboembolism occurrence and prevention after minimally invasive varicose vein surgery // *Phlebology.* 2024. Т. 39, № 3. С. 183–193.
259. Lobastov K.V., Shaldina M.V., Matveeva A.V., Kovalchuk A.V., Borsuk D.A., Schastlivtsev I.V., Labeko L.A., Fokin A.A. The correlation between Caprini score and the risk of venous thromboembolism after varicose vein surgery // *Int. Angiol. J. Int. Union Angiol.* 2023. Т. 42, № 6. С. 477–487.
260. Dermody M., O'Donnell T.F., Balk E.M. Complications of endovenous ablation in randomized controlled trials // *J. Vasc. Surg. Venous Lymphat. Disord.* 2013. Т. 1, № 4. С. 427–436.e1.
261. Siribumrungwong B., Wilasrusmee C., Orrapin S., Srikuea K., Benyakorn T., McKay G., Attia J., Rerkasem K., Thakkestian A. Interventions for great saphenous vein reflux: network meta-analysis of randomized clinical trials // *Br. J. Surg.* 2021. Т. 108, № 3. С. 244–255.
262. Kheirleiseid E.A.H., Crowe G., Sehgal R., Liakopoulos D., Bela H., Mulkern E., McDonnell C., O'Donohoe M. Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials evaluating long-term outcomes of endovenous management of lower extremity varicose veins // *J. Vasc. Surg. Venous Lymphat. Disord.* 2018. Т. 6, № 2. С. 256–270.
263. Whing J., Nandhra S., Nesbitt C., Stansby G. Interventions for great saphenous vein incompetence // *Cochrane Database Syst. Rev.* 2021. Т. 8, № 8. С. CD005624.
264. Paravastu S.C.V., Horne M., Dodd P.D.F. Endovenous ablation therapy (laser or radiofrequency) or foam sclerotherapy versus conventional surgical repair for short saphenous varicose veins // *Cochrane Database Syst. Rev.* 2016. Т. 11, № 11. С. CD010878.
265. Nesbitt C., Bedenis R., Bhattacharya V., Stansby G. Endovenous ablation (radiofrequency and laser) and foam sclerotherapy versus open surgery for great saphenous vein varices // *Cochrane Database Syst. Rev.* 2014. № 7. С. CD005624.
266. Creton D., Réa B., Pittaluga P., Chastanet S., Allaert F.A. Evaluation of the pain in varicose vein surgery under tumescent local anaesthesia using sodium bicarbonate as excipient without any intravenous sedation // *Phlebology.* 2012. Т. 27, № 7. С. 368–373.

267. Hamann S.A.S., Giang J., De Maeseneer M.G.R., Nijsten T.E.C., van den Bos R.R. Editor's Choice - Five Year Results of Great Saphenous Vein Treatment: A Meta-analysis // *Eur. J. Vasc. Endovasc. Surg. Off. J. Eur. Soc. Vasc. Surg.* 2017. T. 54, № 6. C. 760–770.
268. Lawaetz M., Serup J., Lawaetz B., Bjoern L., Blemings A., Eklof B., Rasmussen L. Comparison of endovenous ablation techniques, foam sclerotherapy and surgical stripping for great saphenous varicose veins. Extended 5-year follow-up of a RCT // *Int. Angiol. J. Int. Union Angiol.* 2017. T. 36, № 3. C. 281–288.
269. Boersma D., Kornmann V.N.N., van Eekeren R.R.J.P., Tromp E., Ünlü Ç., Reijnen M.M.J.P., de Vries J.-P.P.M. Treatment Modalities for Small Saphenous Vein Insufficiency: Systematic Review and Meta-analysis // *J. Endovasc. Ther. Off. J. Int. Soc. Endovasc. Spec.* 2016. T. 23, № 1. C. 199–211.
270. Hassanin A., Aherne T.M., Greene G., Boyle E., Egan B., Tierney S., Walsh S.R., McHugh S., Aly S. A systematic review and meta-analysis of comparative studies comparing nonthermal versus thermal endovenous ablation in superficial venous incompetence // *J. Vasc. Surg. Venous Lymphat. Disord.* 2019. T. 7, № 6. C. 902-913.e3.
271. Bellam Premnath K.P., Joy B., Raghavendra V.A., Toms A., Sreeba T. Cyanoacrylate adhesive embolization and sclerotherapy for primary varicose veins // *Phlebology.* 2017. C. 268.
272. Lane T., Bootun R., Dharmarajah B., Lim C.S., Najem M., Renton S., Sritharan K., Davies A.H. A multi-centre randomised controlled trial comparing radiofrequency and mechanical occlusion chemically assisted ablation of varicose veins - Final results of the Venefit versus Clarivein for varicose veins trial // *Phlebology.* 2017. T. 32, № 2. C. 89–98.
273. Lun Y., Shen S., Wu X., Jiang H., Xin S., Zhang J. Laser fiber migration into the pelvic cavity: A rare complication of endovenous laser ablation // *Phlebology.* 2015. T. 30, № 9. C. 641–643.
274. Kim J.S., Park S.W., Yun I.J., Hwang J.J., Lee S.A., Chee H.K., Hwang J.H. Retrograde Endovenous Laser Ablation through Saphenopopliteal Junctional Area for Incompetent Small Saphenous Vein: Comparison with Antegrade Approach // *Korean J. Radiol.* 2016. T. 17, № 3. C. 364–369.
275. Mozes G., Kalra M., Carmo M., Swenson L., Glociczki P. Extension of saphenous thrombus into the femoral vein: a potential complication of new endovenous ablation techniques // *J. Vasc. Surg.* 2005. T. 41, № 1. C. 130–135.
276. van Rij A.M., Jones G.T., Hill B.G., Amer M., Thomson I.A., Pettigrew R.A., Packer S.G.K. Mechanical inhibition of angiogenesis at the saphenofemoral junction in the surgical treatment of varicose veins: early results of a blinded randomized controlled trial // *Circulation.* 2008. T. 118, № 1. C. 66–74.
277. Winterborn R.J., Earnshaw J.J. Randomised trial of polytetrafluoroethylene patch insertion for recurrent great saphenous varicose veins // *Eur. J. Vasc. Endovasc. Surg. Off. J. Eur. Soc. Vasc. Surg.* 2007. T. 34, № 3. C. 367–373.
278. Winterborn R.J., Foy C., Earnshaw J.J. Causes of varicose vein recurrence: late results of a randomized controlled trial of stripping the long saphenous vein // *J. Vasc. Surg.* 2004. T. 40, № 4. C. 634–639.
279. Dwerryhouse S., Davies B., Harradine K., Earnshaw J.J. Stripping the long saphenous vein reduces the rate of reoperation for recurrent varicose veins: five-year results of a randomized trial // *J. Vasc. Surg.* 1999. T. 29, № 4. C. 589–592.
280. Holme J.B., Skajaa K., Holme K. Incidence of lesions of the saphenous nerve after partial or complete stripping of the long saphenous vein // *Acta Chir. Scand.* 1990. T. 156, № 2. C. 145–148.
281. Van Der Stricht J. [Saphenectomy by invagination by thread] // *Presse Med.* 1963. T. 71. C. 1081–1082.

282. Fullarton G.M., Calvert M.H. Intraluminal long saphenous vein stripping: a technique minimizing perivenous tissue trauma // *Br. J. Surg.* 1987. T. 74, № 4. C. 255.
283. Oesch A. "Pin-stripping": a novel method of atraumatic stripping // *Phlebology.* 1993. T. 4. C. 171–173.
284. Goren G., Yellin A.E. Invaginated axial saphenectomy by a semirigid stripper: perforate-invaginate stripping // *J. Vasc. Surg.* 1994. T. 20, № 6. C. 970–977.
285. Menyhei G., Gyevnár Z., Arató E., Kelemen O., Kollár L. Conventional stripping versus cryostripping: a prospective randomised trial to compare improvement in quality of life and complications // *Eur. J. Vasc. Endovasc. Surg. Off. J. Eur. Soc. Vasc. Surg.* 2008. T. 35, № 2. C. 218–223.
286. Klem T.M.A.L., Schnater J.M., Schütte P.R., Hop W., van der Ham A.C., Wittens C.H.A. A randomized trial of cryo stripping versus conventional stripping of the great saphenous vein // *J. Vasc. Surg.* 2009. T. 49, № 2. C. 403–409.
287. Sugrue M., Stanley S., Grouden M., Feeley M., Moore D.J., Shanik D.G. Can pre-operative duplex scanning replace pre-operative short saphenous venography as an aid to localizing the sapheno-popliteal junction? // *Phlebologie.* 1988. T. 41, № 4. C. 722–725.
288. Engel A.F., Davies G., Keeman J.N. Preoperative localisation of the saphenopopliteal junction with duplex scanning // *Eur. J. Vasc. Surg.* 1991. T. 5, № 5. C. 507–509.
289. Lurie F., Makarova N.P. Clinical Dynamics of Varicose Disease in Patients with High Degree of Venous Reflux During Conservative Treatment and After Surgery: 7-Year Follow-Up // *Int. J. Angiol. Off. Publ. Int. Coll. Angiol. Inc.* 1998. T. 7, № 3. C. 234–237.
290. Benfor B., Peden E.K. A systematic review of management of superficial venous reflux in the setting of deep venous obstruction // *J. Vasc. Surg. Venous Lymphat. Disord.* 2022. T. 10, № 4. C. 945-954.e2.
291. Ramasastry S.S., Dick G.O., Futrell J.W. Anatomy of the saphenous nerve: relevance to saphenous vein stripping // *Am. Surg.* 1987. T. 53, № 5. C. 274–277.
292. Rudström H., Björck M., Bergqvist D. Iatrogenic vascular injuries in varicose vein surgery: a systematic review // *World J. Surg.* 2007. T. 31, № 1. C. 228–233.
293. Critchley G., Handa A., Maw A., Harvey A., Harvey M.R., Corbett C.R. Complications of varicose vein surgery // *Ann. R. Coll. Surg. Engl.* 1997. T. 79, № 2. C. 105–110.
294. Atkin G.K., Round T., Vattipally V.R., Das S.K. Common peroneal nerve injury as a complication of short saphenous vein surgery // *Phlebology.* 2007. T. 22, № 1. C. 3–7.
295. de Alvarenga Yoshida R., Yoshida W.B., Sardenberg T., Sobreira M.L., Rollo H.A., Moura R. Fibular nerve injury after small saphenous vein surgery // *Ann. Vasc. Surg.* 2012. T. 26, № 5. C. 729.e11-15.
296. Corder A.P., Schache D.J., Farquharson S.M., Tristram S. Wound infection following high saphenous ligation. A trial comparing two skin closure techniques: subcuticular polyglycolic acid and interrupted monofilament nylon mattress sutures // *J. R. Coll. Surg. Edinb.* 1991. T. 36, № 2. C. 100–102.
297. Mekako A.I., Chetter I.C., Coughlin P.A., Hatfield J., McCollum P.T., Hull Antibiotic pRophylaxis in varicose Vein Surgery Trialists (HARVEST). Randomized clinical trial of co-amoxiclav versus no antibiotic prophylaxis in varicose vein surgery // *Br. J. Surg.* 2010. T. 97, № 1. C. 29–36.
298. Асланов Б.И., Зуева Л.П., Колосовская Е.Н., Любимова А.В., Хорошилов В.Ю., Долгий А.А., Дарьина (Васильева) Мария Геннадьевна, Техова И.Г. Принципы организации периоперационной антибиотикопрофилактики в учреждениях здравоохранения. Москва: без издательства, 2014. 42 с.
299. De Felice E. Shedding light: laser physics and mechanism of action // *Phlebology.* 2010. T. 25, № 1. C. 11–28.
300. Nwaejike N., Srodon P.D., Kyriakides C. Endovenous laser ablation for the treatment of recurrent varicose vein disease--a single centre experience // *Int. J. Surg. Lond. Engl.* 2010. T. 8, № 4. C. 299–301.

301. Carradice D., Leung C., Chetter I. Laser; best practice techniques and evidence // *Phlebology*. 2015. T. 30, № 2 Suppl. C. 36–41.
302. Vuylsteke M.E., Klitfod L., Mansilha A. Endovenous ablation // *Int. Angiol. J. Int. Union Angiol.* 2019. T. 38, № 1. C. 22–38.
303. Tan J., Chen Y., Huang J., Xu W. A systematic review of endovenous ablation for the treatment of small saphenous varicose veins // *VASA Z. Gefasskrankheiten*. 2023. T. 52, № 6. C. 355–365.
304. Atasoy M.M., Gümüş B., Caymaz I., Oğuzkurt L. Targeted endovenous treatment of Giacomini vein insufficiency-associated varicose disease: considering the reflux patterns // *Diagn. Interv. Radiol. Ank. Turk.* 2014. T. 20, № 6. C. 481–486.
305. Bush R.G., Hammond K. Treatment of incompetent vein of Giacomini (thigh extension branch) // *Ann. Vasc. Surg.* 2007. T. 21, № 2. C. 245–248.
306. Alozai T., Huizing E., Schreve M.A., Mooij M.C., van Vlijmen C.J., Wisselink W., Ünlü Ç. A systematic review and meta-analysis of treatment modalities for anterior accessory saphenous vein insufficiency // *Phlebology*. 2022. T. 37, № 3. C. 165–179.
307. van Groenendaal L., van der Vliet J.A., Flinkenflögel L., Roovers E.A., van Sterkenburg S.M.M., Reijnen M.M.P.J. Treatment of recurrent varicose veins of the great saphenous vein by conventional surgery and endovenous laser ablation // *J. Vasc. Surg.* 2009. T. 50, № 5. C. 1106–1113.
308. Theivacumar N.S., Gough M.J. Endovenous laser ablation (EVLA) to treat recurrent varicose veins // *Eur. J. Vasc. Endovasc. Surg. Off. J. Eur. Soc. Vasc. Surg.* 2011. T. 41, № 5. C. 691–696.
309. Siah M.C., Abramowitz S.D., Haser P., Ricotta J., Woo E.Y., Macsata R. Evaluating the venous experience in vascular surgery training // *J. Vasc. Surg. Venous Lymphat. Disord.* 2017. T. 5, № 3. C. 446–452.
310. Hwang J.H., Park S.W., Chang I.S., Kim K.H., Kang J.H. Endovenous Thermal Ablation of Recurrent Varicose Veins due to Residual Great Saphenous Venous Insufficiency After Saphenous Venous Surgery: A Comparative Study // *Dermatol. Surg. Off. Publ. Am. Soc. Dermatol. Surg. Al.* 2018. T. 44, № 10. C. 1287–1294.
311. Yoon W.J., Drescher M., Crisostomo P.R., Halandras P.M., Bechara C.F., Aulivola B. Delineating the durability outcome differences after saphenous ablation with laser versus radiofrequency // *J. Vasc. Surg. Venous Lymphat. Disord.* 2019. T. 7, № 4. C. 486–492.
312. Balint R., Farics A., Parti K., Vizsy L., Batorfi J., Menyhei G., Balint I.B. Which endovenous ablation method does offer a better long-term technical success in the treatment of the incompetent great saphenous vein? Review // *Vascular*. 2016. T. 24, № 6. C. 649–657.
313. Rasmussen L., Lawaetz M., Serup J., Bjoern L., Vennits B., Blemings A., Eklof B. Randomized clinical trial comparing endovenous laser ablation, radiofrequency ablation, foam sclerotherapy, and surgical stripping for great saphenous varicose veins with 3-year follow-up // *J. Vasc. Surg. Venous Lymphat. Disord.* 2013. T. 1, № 4. C. 349–356.
314. Almeida J.I., Kaufman J., Göckeritz O., Chopra P., Evans M.T., Hoheim D.F., Makhoul R.G., Richards T., Wenzel C., Raines J.K. Radiofrequency endovenous ClosureFAST versus laser ablation for the treatment of great saphenous reflux: a multicenter, single-blinded, randomized study (RECOVERY study) // *J. Vasc. Interv. Radiol. JVIR*. 2009. T. 20, № 6. C. 752–759.
315. Gale S.S., Lee J.N., Walsh M.E., Wojnarowski D.L., Comerota A.J. A randomized, controlled trial of endovenous thermal ablation using the 810-nm wavelength laser and the ClosurePLUS radiofrequency ablation methods for superficial venous insufficiency of the great saphenous vein // *J. Vasc. Surg.* 2010. T. 52, № 3. C. 645–650.
316. Goode S.D., Chowdhury A., Crockett M., Beech A., Simpson R., Richards T., Braithwaite B.D. Laser and radiofrequency ablation study (LARA study): a randomised study

- comparing radiofrequency ablation and endovenous laser ablation (810 nm) // *Eur. J. Vasc. Endovasc. Surg. Off. J. Eur. Soc. Vasc. Surg.* 2010. T. 40, № 2. С. 246–253.
317. Nordon I.M., Hinchliffe R.J., Brar R., Moxey P., Black S.A., Thompson M.M., Loftus I.M. A prospective double-blind randomized controlled trial of radiofrequency versus laser treatment of the great saphenous vein in patients with varicose veins // *Ann. Surg.* 2011. T. 254, № 6. С. 876–881.
 318. Шайдаков Е.В., Илюхин Е.А., Петухов А.В., Григорян А.Г., Росуховский Д.А. Радиочастотная облитерация ClosureFAST и эндовазальная лазерная облитерация 1470 нм: многоцентровое проспективное нерандомизированное исследование // *Флебология.* 2012. Т. 6, № 3. С. 20–27.
 319. Shepherd A.C., Gohel M.S., Brown L.C., Metcalfe M.J., Hamish M., Davies A.H. Randomized clinical trial of VNUS ClosureFAST radiofrequency ablation versus laser for varicose veins // *Br. J. Surg.* 2010. T. 97, № 6. С. 810–818.
 320. Lawson J.A., Gauw S.A., van Vlijmen C.J., Pronk P., Gaastra M.T.W., Tangelder M.J., Mooij M.C. Prospective comparative cohort study evaluating incompetent great saphenous vein closure using radiofrequency-powered segmental ablation or 1470-nm endovenous laser ablation with radial-tip fibers (Varico 2 study) // *J. Vasc. Surg. Venous Lymphat. Disord.* 2018. T. 6, № 1. С. 31–40.
 321. Flessenkämper I., Hartmann M., Stenger D., Roll S. Endovenous laser ablation with and without high ligation compared with high ligation and stripping in the treatment of great saphenous varicose veins: initial results of a multicentre randomized controlled trial // *Phlebology.* 2013. T. 28, № 1. С. 16–23.
 322. Hager E.S., Ozvath K.J., Dillavou E.D. Evidence summary of combined saphenous ablation and treatment of varicosities versus staged phlebectomy // *J. Vasc. Surg. Venous Lymphat. Disord.* 2017. T. 5, № 1. С. 134–137.
 323. Welch H.J. Endovenous ablation of the great saphenous vein may avert phlebectomy for branch varicose veins // *J. Vasc. Surg.* 2006. T. 44, № 3. С. 601–605.
 324. Aherne T.M., Ryan É.J., Boland M.R., McKevitt K., Hassanin A., Tubassam M., Tang T.Y., Walsh S. Concomitant vs. Staged Treatment of Varicose Tributaries as an Adjunct to Endovenous Ablation: A Systematic Review and Meta-Analysis // *Eur. J. Vasc. Endovasc. Surg. Off. J. Eur. Soc. Vasc. Surg.* 2020. T. 60, № 3. С. 430–442.
 325. Fokin A.A., Borsuk D.A. Truncal Ablation without Concomitant Phlebectomy: what Happens with Remained Branches? // *Flebologiya.* 2019. T. 13, № 1. С. 28.
 326. Starodubtsev V., Lukyanenko M., Karpenko A., Ignatenko P. Endovenous laser ablation in patients with wide diameter of the proximal segment of the great saphenous vein: Comparison of methods // *Phlebology.* 2015. T. 30, № 10. С. 700–705.
 327. Fokin A.A., Borsuk D.A. Endovenous Laser Ablation of the Great Saphenous Vein with Large Sapheno-Femoral Junction // *Flebologiya.* 2018. T. 12, № 1. С. 35.
 328. Spinedi L., Stricker H., Staub D., Uthoff H. Endovenous Laser Ablation for Treatment of a Partially Thrombosed Proximal Great Saphenous Vein // *Case Rep. Vasc. Med.* 2019. T. 2019. С. 1726978.
 329. Gradman W.S. Endovenous saphenous vein ablation in patients with acute isolated superficial-vein thrombosis // *Phlebology.* 2013. T. 30, № 3. С. 204–209.
 330. Enzler M.A., Russell D., Schimmelpfennig J. Thermal ablation in the management of superficial thrombophlebitis // *Eur. J. Vasc. Endovasc. Surg. Off. J. Eur. Soc. Vasc. Surg.* 2012. T. 43, № 6. С. 726–728.
 331. Kakkos S.K., Gohel M., Baekgaard N., Bauersachs R., Bellmunt-Montoya S., Black S.A., Ten Cate-Hoek A.J., Elalamy I., Enzmann F.K., Geroulakos G., Gottsäter A., Hunt B.J., Mansilha A., Nicolaides A.N., Sandset P.M., Stansby G., Esvs Guidelines Committee null, de Borst G.J., Bastos Gonçalves F., Chakfé N., Hinchliffe R., Kolh P., Koncar I., Lindholt J.S., Tulamo R., Twine C.P., Vermassen F., Wanhainen A., Document Reviewers null, De Maeseneer M.G., Comerota A.J., Gloviczki P., Kruij M.J.H.A., Monreal M., Prandoni P.,

- Vega de Ceniga M. Editor's Choice - European Society for Vascular Surgery (ESVS) 2021 Clinical Practice Guidelines on the Management of Venous Thrombosis // *Eur. J. Vasc. Endovasc. Surg. Off. J. Eur. Soc. Vasc. Surg.* 2021. T. 61, № 1. C. 9–82.
332. Schoonover J.P., King J.T., Gray C., Campbell K., Sherman C. 3 alternatives to standard varicose vein treatment // *J. Fam. Pract.* 2009. T. 58, № 10. C. 522–526.
 333. Sadick N.S. Advances in the treatment of varicose veins: ambulatory phlebectomy, foam sclerotherapy, endovascular laser, and radiofrequency closure // *Adv. Dermatol.* 2006. T. 22. C. 139–156.
 334. Sufian S., Arnez A., Labropoulos N., Lakhanpal S. Endothermal venous ablation of the saphenous vein on patients who are on anticoagulation therapy // *Int. Angiol. J. Int. Union Angiol.* 2017. T. 36, № 3. C. 268–274.
 335. Westin G.G., Cayne N.S., Lee V., Ekstroem J., Yau P.O., Sadek M., Rockman C.B., Kabnick L.S., Berland T.L., Maldonado T.S., Jacobowitz G.R. Radiofrequency and laser vein ablation for patients receiving warfarin anticoagulation is safe, effective, and durable // *J. Vasc. Surg. Venous Lymphat. Disord.* 2020. T. 8, № 4. C. 610–616.
 336. Delaney C.L., Russell D.A., Iannos J., Spark J.I. Is endovenous laser ablation possible while taking warfarin? // *Phlebology.* 2012. T. 27, № 5. C. 231–234.
 337. Theivacumar N.S., Gough M.J. Influence of warfarin on the success of endovenous laser ablation (EVLA) of the great saphenous vein (GSV) // *Eur. J. Vasc. Endovasc. Surg. Off. J. Eur. Soc. Vasc. Surg.* 2009. T. 38, № 4. C. 506–510.
 338. Vatish J., Iqbal N., Rajalingam V.R., Tiwari A. The Outcome of Anticoagulation on Endovenous Laser Therapy for Superficial Venous Incompetence // *Vasc. Endovascular Surg.* 2018. T. 52, № 4. C. 245–248.
 339. Chang H., Sadek M., Barfield M.E., Rockman C.B., Maldonado T.S., Cayne N.S., Berland T.L., Garg K., Jacobowitz G.R. Direct oral anticoagulant agents might be safe for patients undergoing endovenous radiofrequency and laser ablation // *J. Vasc. Surg. Venous Lymphat. Disord.* 2023. T. 11, № 1. C. 25–30.
 340. Pavlović M.D., Schuller-Petrović S., Pichot O., Rabe E., Maurins U., Morrison N., Pannier F. Guidelines of the First International Consensus Conference on Endovenous Thermal Ablation for Varicose Vein Disease--ETAV Consensus Meeting 2012 // *Phlebology.* 2015. T. 30, № 4. C. 257–273.
 341. Moro L., Serino F.-M., Ricci S., Abbruzzese G., Antonelli-Incalzi R. Dilution of a mepivacaine-adrenaline solution in isotonic sodium bicarbonate for reducing subcutaneous infiltration pain in ambulatory phlebectomy procedures: a randomized, double-blind, controlled trial // *J. Am. Acad. Dermatol.* 2014. T. 71, № 5. C. 960–963.
 342. Marsden G., Perry M., Kelley K., Davies A.H., Guideline Development Group. Diagnosis and management of varicose veins in the legs: summary of NICE guidance // *BMJ.* 2013. T. 347. C. f4279.
 343. Samuel N., Wallace T., Carradice D., Shahin Y., Mazari F. a. K., Chetter I.C. Endovenous laser ablation in the treatment of small saphenous varicose veins: does site of access influence early outcomes? // *Vasc. Endovascular Surg.* 2012. T. 46, № 4. C. 310–314.
 344. Doganci S., Yildirim V., Demirkilic U. Does puncture site affect the rate of nerve injuries following endovenous laser ablation of the small saphenous veins? // *Eur. J. Vasc. Endovasc. Surg. Off. J. Eur. Soc. Vasc. Surg.* 2011. T. 41, № 3. C. 400–405.
 345. Vuylsteke M., De Bo T.H., Dompe G., Di Crisci D., Abbad C., Mordon S. Endovenous laser treatment: is there a clinical difference between using a 1500 nm and a 980 nm diode laser? A multicenter randomised clinical trial // *Int. Angiol. J. Int. Union Angiol.* 2011. T. 30, № 4. C. 327–334.
 346. Proebstle T.M., Moehler T., Gül D., Herdemann S. Endovenous treatment of the great saphenous vein using a 1,320 nm Nd:YAG laser causes fewer side effects than using a 940

- nm diode laser // *Dermatol. Surg. Off. Publ. Am. Soc. Dermatol. Surg. Al.* 2005. T. 31, № 12. C. 1678–1683; discussion 1683–1684.
347. Goldman M.P., Mauricio M., Rao J. Intravascular 1320-nm laser closure of the great saphenous vein: a 6- to 12-month follow-up study // *Dermatol. Surg. Off. Publ. Am. Soc. Dermatol. Surg. Al.* 2004. T. 30, № 11. C. 1380–1385.
 348. Pannier F., Rabe E., Maurins U. First results with a new 1470-nm diode laser for endovenous ablation of incompetent saphenous veins // *Phlebology.* 2009. T. 24, № 1. C. 26–30.
 349. Shaydakov E., Ilyukhin E., Rosukhovskiy D. Blood absorption during 970 and 1470 nm laser radiation in vitro // *Int. Angiol. J. Int. Union Angiol.* 2015. T. 34, № 1.
 350. Kabnick L.S., Sadek M. Fiber type as compared to wavelength may contribute more to improving postoperative recovery following endovenous laser ablation // *J. Vasc. Surg. Venous Lymphat. Disord.* 2016. T. 4, № 3. C. 286–292.
 351. Mendes-Pinto D., Bastianetto P., Cavalcanti Braga Lyra L., Kikuchi R., Kabnick L. Endovenous laser ablation of the great saphenous vein comparing 1920-nm and 1470-nm diode laser // *Int. Angiol. J. Int. Union Angiol.* 2016. T. 35, № 6. C. 599–604.
 352. Park I., Park S.-C. Comparison of Short-Term Outcomes Between Endovenous 1,940-nm Laser Ablation and Radiofrequency Ablation for Incompetent Saphenous Veins // *Front. Surg.* 2020. T. 7. C. 620034.
 353. Pannier F., Rabe E., Rits J., Kadiss A., Maurins U. Endovenous laser ablation of great saphenous veins using a 1470 nm diode laser and the radial fibre--follow-up after six months // *Phlebology.* 2011. T. 26, № 1. C. 35–39.
 354. Prince E.A., Soares G.M., Silva M., Taner A., Ahn S., Dubel G.J., Jay B.S. Impact of laser fiber design on outcome of endovenous ablation of lower-extremity varicose veins: results from a single practice // *Cardiovasc. Intervent. Radiol.* 2011. T. 34, № 3. C. 536–541.
 355. Schwarz T., von Hoderberg E., Furtwängler C., Rastan A., Zeller T., Neumann F.-J. Endovenous laser ablation of varicose veins with the 1470-nm diode laser // *J. Vasc. Surg.* 2010. T. 51, № 6. C. 1474–1478.
 356. Doganci S., Demirkilic U. Comparison of 980 nm laser and bare-tip fibre with 1470 nm laser and radial fibre in the treatment of great saphenous vein varicosities: a prospective randomised clinical trial // *Eur. J. Vasc. Endovasc. Surg. Off. J. Eur. Soc. Vasc. Surg.* 2010. T. 40, № 2. C. 254–259.
 357. Hirokawa M., Ogawa T., Sugawara H., Shokoku S., Sato S. Comparison of 1470 nm Laser and Radial 2ring Fiber with 980 nm Laser and Bare-Tip Fiber in Endovenous Laser Ablation of Saphenous Varicose Veins: A Multicenter, Prospective, Randomized, Non-Blind Study // *Ann. Vasc. Dis.* 2015. T. 8, № 4. C. 282–289.
 358. Hirokawa M., Kurihara N. Comparison of Bare-Tip and Radial Fiber in Endovenous Laser Ablation with 1470 nm Diode Laser // *Ann. Vasc. Dis.* 2014. T. 7, № 3. C. 239–245.
 359. Vuylsteke M.E., Thomis S., Mahieu P., Mordon S., Fourneau I. Endovenous laser ablation of the great saphenous vein using a bare fibre versus a tulip fibre: a randomised clinical trial // *Eur. J. Vasc. Endovasc. Surg. Off. J. Eur. Soc. Vasc. Surg.* 2012. T. 44, № 6. C. 587–592.
 360. Cowpland C.A., Cleese A.L., Whiteley M.S. Factors affecting optimal linear endovenous energy density for endovenous laser ablation in incompetent lower limb truncal veins - A review of the clinical evidence // *Phlebology.* 2016. T. 32, № 5. C. 299–306.
 361. Шайдаков Е.В., Илюхин Е.А., Григорян А.Г., Булатов В.Л., Росуховский Д.А., Шоноу О.А. Карбонизация при эндовазальной лазерной облитерации радиальным световодом с длиной волны 1470 и 970 нм // *Ангиология И Сосудистая Хирургия.* 2015. T. 21, № 3. C. 107–110.
 362. Соколов А.Л., Лядов К.В., Луценко М.М. Лазерная облитерация вен для практических врачей. Москва: Медпрактика-М, 2011. 136 с.
 363. Maurins U., Rabe E., Pannier F. Does laser power influence the results of endovenous laser ablation (EVLA) of incompetent saphenous veins with the 1 470-nm diode laser? A

- prospective randomized study comparing 15 and 25 W // *Int. Angiol. J. Int. Union Angiol.* 2009. T. 28, № 1. C. 32–37.
364. Borsuk D.A., Fokin A.A., Lobastov K.V., Tauraginskii R.A., Zhdanov K.O., Zolotov A.V., Arkhipov I.S., Galchenko M.I. A randomized clinical trial to assess the impact of laser power with constant linear endovenous energy density on outcomes of endovenous laser ablation (SLEDGE trial) // *J. Vasc. Surg. Venous Lymphat. Disord.* 2023. T. 11, № 5. C. 946–953.
 365. Joh J.H., Kim W.-S., Jung I.M., Park K.-H., Lee T., Kang J.M., Consensus Working Group. Consensus for the Treatment of Varicose Vein with Radiofrequency Ablation // *Vasc. Spec. Int.* 2014. T. 30, № 4. C. 105–112.
 366. Bisang U., Meier T.O., Enzler M., Thalhammer C., Husmann M., Amann-Vesti B.R. Results of endovenous ClosureFast treatment for varicose veins in an outpatient setting // *Phlebology.* 2012. T. 27, № 3. C. 118–123.
 367. Proebstle T.M., Alm J., Göckeritz O., Wenzel C., Noppeney T., Lebard C., Pichot O., Sessa C., Creton D., European Closure Fast Clinical Study Group. Three-year European follow-up of endovenous radiofrequency-powered segmental thermal ablation of the great saphenous vein with or without treatment of calf varicosities // *J. Vasc. Surg.* 2011. T. 54, № 1. C. 146–152.
 368. Proebstle T.M., Alm B.J., Göckeritz O., Wenzel C., Noppeney T., Lebard C., Sessa C., Creton D., Pichot O. Five-year results from the prospective European multicentre cohort study on radiofrequency segmental thermal ablation for incompetent great saphenous veins // *Br. J. Surg.* 2015. T. 102, № 3. C. 212–218.
 369. Goodyear S.J., Nyamekye I.K. Radiofrequency ablation of varicose veins: Best practice techniques and evidence // *Phlebology.* 2015. T. 30, № 2 Suppl. C. 9–17.
 370. Reich-Schupke S., Mumme A., Stücker M. Histopathological findings in varicose veins following bipolar radiofrequency-induced thermotherapy--results of an ex vivo experiment // *Phlebology.* 2011. T. 26, № 2. C. 69–74.
 371. Badham G.E., Dos Santos S.J., Whiteley M.S. Radiofrequency-induced thermotherapy (RFITT) in a porcine liver model and ex vivo great saphenous vein // *Minim. Invasive Ther. Allied Technol. MITAT Off. J. Soc. Minim. Invasive Ther.* 2017. T. 26, № 4. C. 200–206.
 372. Tesmann J.P., Thierbach H., Dietrich A., Grimme H., Vogt T., Rass K. Radiofrequency induced thermotherapy (RFITT) of varicose veins compared to endovenous laser treatment (EVLT): a non-randomized prospective study concentrating on occlusion rates, side-effects and clinical outcome // *Eur. J. Dermatol. EJD.* 2011. T. 21, № 6. C. 945–951.
 373. Spiliopoulos S., Theodosiadou V., Sotiriadi A., Karnabatidis D. Endovenous ablation of incompetent truncal veins and their perforators with a new radiofrequency system. Mid-term outcomes // *Vascular.* 2015. T. 23, № 6. C. 592–598.
 374. Woźniak W., Kielar M., Mlosek R.K., Ciostek P. Comparative analysis of five-year outcomes of lower extremity varicose vein therapy using monopolar and segmental radiofrequency ablation // *Int. Angiol. J. Int. Union Angiol.* 2018. T. 37, № 6. C. 457–464.
 375. Стойко Ю.М., Игнатьева (Мордкович) Наталия Юрьевна, Захаркина О.Л., Гулиева В.Э., Мазайшвили К.В., Цыплящук А.В., Яшкин М.Н., Акимов С.С., Баграташвили В.Н., Харитонова С.Е. Экспериментальное обоснование режимов радиочастотной термооблитерации // *Флебология.* 2015. Т. 9, № 2. С. 12–17.
 376. Shaidakov E.V., Grigoryan A.G., Korzhevskii D.E., Ilyukhin E.A., Rosukhovski D.A., Bulatov V.L., Tsarev O.I. Morphologic changes in the vein after different numbers of radiofrequency ablation cycles // *J. Vasc. Surg. Venous Lymphat. Disord.* 2015. T. 3, № 4. C. 358–363.
 377. Schuller-Petrović S., Pavlović M.D., Schuller-Lukić B., Schuller S. Retrospective analysis of routine use of a double heat cycle (DHC) during radiofrequency segmental ablation

- (ClosureFASTTM) of saphenous veins // J. Eur. Acad. Dermatol. Venereol. JEADV. 2015. T. 30, № 6. С. 1009–1012.
378. Calcagno D., Rossi J.A., Ha C. Effect of saphenous vein diameter on closure rate with ClosureFAST radiofrequency catheter // Vasc. Endovascular Surg. 2009. T. 43, № 6. С. 567–570.
 379. Селиверстов Е.И., Балашов А.В., Лебедев И.С., Ан Е.С., Солдатский Е.Ю. Случай фрагментации световода в большой подкожной вене после эндовенозной лазерной облитерации // Флебология. 2014. Т. 8, № 4. С. 55–58.
 380. Caggiati A., Franceschini M. Stroke following endovenous laser treatment of varicose veins // J. Vasc. Surg. J Vasc Surg, 2010. T. 51, № 1. С. 218–220.
 381. Wheatcroft M.D., Lindsay T.F., Lossing A. Two cases of arteriovenous fistula formation between the external iliac vessels following endovenous laser therapy // Vascular. 2014. T. 22, № 6. С. 464–467.
 382. Hashimoto O., Miyazaki T., Hosokawa J., Shimura Y., Okuyama H., Endo M. A case of high-output heart failure caused by a femoral arteriovenous fistula after endovenous laser ablation treatment of the saphenous vein // Phlebology. 2015. T. 30, № 4. С. 290–292.
 383. Rudarakanchana N., Berland T.L., Chasin ., Sadek M., Kabnick L.S. Arteriovenous fistula after endovenous ablation for varicose veins // J. Vasc. Surg. J Vasc Surg, 2012. T. 55, № 5.
 384. Ziporin S.J., Ifune Ck, MacConmara M.P., Geraghty P.J., Choi E.T. A case of external iliac arteriovenous fistula and high-output cardiac failure after endovenous laser treatment of great saphenous vein // J. Vasc. Surg. J Vasc Surg, 2010. T. 51, № 3. С. 715–719.
 385. Theivacumar N.S., Gough M.J. Arterio-venous fistula following endovenous laser ablation for varicose veins // Eur. J. Vasc. Endovasc. Surg. Off. J. Eur. Soc. Vasc. Surg. 2009. T. 38, № 2. С. 234–236.
 386. Vaz C., Matos A., Oliveira J., Nogueira C., Almeida R., Mendonça M. Iatrogenic arteriovenous fistula following endovenous laser therapy of the short saphenous vein // Ann. Vasc. Surg. 2009. T. 23, № 3. С. 412.e15-17.
 387. Kabnick L.S., Sadek M., Bjarnason H., Coleman D.M., Dillavou E.D., Hingorani A.P., Lal B.K., Lawrence P.F., Malgor R.D., Puggioni A. Classification and treatment of endothermal heat-induced thrombosis: Recommendations from the American Venous Forum and the Society for Vascular Surgery // J. Vasc. Surg. Venous Lymphat. Disord. 2020. С. 1–17.
 388. Rits J., Maurins U., Rabe E., Kadiss A., Prave S., Vigants R., Bruneniekis I., Pannier F. Lower prevalence of stump reflux after endovenous laser flush ablation of the great saphenous vein // VASA Z. Gefasskrankheiten. 2022. T. 51, № 4. С. 222–228.
 389. Dexter D., Kabnick L., Berland T., Jacobowitz G., Lamparello P., Maldonado T., Mussa F., Rockman C., Sadek M., Giammaria L.E., Adelman M. Complications of endovenous lasers // Phlebology. 2012. T. 27 Suppl 1. С. 40–45.
 390. Sadek M., Kabnick L.S., Rockman C.B., Berland T.L., Zhou D., Chasin C., Jacobowitz G.R., Adelman M.A. Increasing ablation distance peripheral to the saphenofemoral junction may result in a diminished rate of endothermal heat-induced thrombosis // J. Vasc. Surg. Venous Lymphat. Disord. 2013. T. 1, № 3. С. 257–262.
 391. Borsuk D.A., Sadek M., Kabnick L.S. Current status of endothermal heat induced thrombosis // Int. Angiol. J. Int. Union Angiol. 2021. T. 40, № 4. С. 277–282.
 392. Sufian S., Arnez A., Labropoulos N., Lakhnopal S. Incidence, progression, and risk factors for endovenous heat-induced thrombosis after radiofrequency ablation // J. Vasc. Surg. Venous Lymphat. Disord. 2013. T. 1, № 2. С. 159–164.
 393. Sufian S., Arnez A., Labropoulos N., Lakhnopal S. Endovenous heat-induced thrombosis after ablation with 1470 nm laser: Incidence, progression, and risk factors // Phlebology. 2014. T. 30, № 5. С. 325–330.

394. Fokin A.A., Borsuk D.A., Kazachkov E.L. [Efficacy of using rivaroxaban for treatment of heat-induced thrombosis after endovenous laser ablation] // *Angiol. Sosud. Khirurgiia Angiol. Vasc. Surg.* 2016. T. 22, № 4. C. 97–101.
395. Shahzad N., Elsherif M., Obaidat I., Brar R. A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomised Controlled Trials Comparing Thermal Versus Non-Thermal Endovenous Ablation in Superficial Venous Incompetence // *Eur. J. Vasc. Endovasc. Surg. Off. J. Eur. Soc. Vasc. Surg.* 2023. T. 66, № 5. C. 687–695.
396. Bontinis V., Bontinis A., Koutsoumpelis A., Chorti A., Rafailidis V., Giannopoulos A., Ktenidis K. A network meta-analysis on the efficacy and safety of thermal and nonthermal endovenous ablation treatments // *J. Vasc. Surg. Venous Lymphat. Disord.* 2023. T. 11, № 4. C. 854-865.e5.
397. Kolluri R., Chung J., Kim S., Nath N., Bhalla B.B., Jain T., Zygmunt J., Davies A. Network meta-analysis to compare VenaSeal with other superficial venous therapies for chronic venous insufficiency // *J. Vasc. Surg. Venous Lymphat. Disord.* 2020. T. 8, № 3. C. 472-481.e3.
398. Athavale A., Thao M., Sasaki V.S., Lewis M., Chandra V., Fukaya E. Cyanoacrylate glue reactions: A systematic review, cases, and proposed mechanisms // *J. Vasc. Surg. Venous Lymphat. Disord.* 2023. T. 11, № 4. C. 876-888.e1.
399. Murzina E.L., Lobastov K.V., Bargandzhiya A.B., Laberko L.A., Popov I.B. Mid-Term Results of Cyanoacrylate Embolization of Saphenous Veins // *Flebologiya.* 2020. T. 14, № 4. C. 311.
400. Khryshchanovich V.Y., Shestak N.G., Skobeleva N.Y. [Truncal mechanochemical versus thermal endovenous ablation for varicose vein disease: a systematic review and meta-analysis] // *Khirurgiia (Sofia).* 2022. № 6. C. 116–126.
401. Alozai T., Huizing E., Schreve M., Mooij M.C., van Vlijmen C.J., Wisselink W., Ünlü Ç. A systematic review and meta-analysis of mechanochemical endovenous ablation using Flebogrif for varicose veins // *J. Vasc. Surg. Venous Lymphat. Disord.* 2022. T. 10, № 1. C. 248-257.e2.
402. Kianifard B., Holdstock J., Allen C., Smith C., Price B., Whiteley M.S. Randomized clinical trial of the effect of adding subfascial endoscopic perforator surgery to standard great saphenous vein stripping // *Br. J. Surg.* 2007. T. 94, № 9. C. 1075–1080.
403. Золотухин И.А., Каралкин А.В., Ярич А.Н., Селиверстов Е.И., Кириенко А.И. Отказ от диссекции перфорантных вен не влияет на результат флебэктомии у пациентов с варикозной болезнью // *Флебология.* 2012. Т. 3. С. 16–19.
404. van Neer P., Kessels F.G., Estourgie R.J., de Haan E.F., Neumann M.A., Veraart J.C. Persistent reflux below the knee after stripping of the great saphenous vein // *J. Vasc. Surg.* 2009. T. 50, № 4. C. 831–834.
405. Shi H., Liu X., Lu M., Lu X., Jiang M., Yin M. The effect of endovenous laser ablation of incompetent perforating veins and the great saphenous vein in patients with primary venous disease // *Eur. J. Vasc. Endovasc. Surg. Off. J. Eur. Soc. Vasc. Surg.* 2015. T. 49, № 5. C. 574–580.
406. Seren M., Dumantepe M., Fazliogullari O., Kucukaksu S. Combined treatment with endovenous laser ablation and compression therapy of incompetent perforating veins for treatment of recalcitrant venous ulcers // *Phlebology.* 2017. T. 32, № 5. C. 307–315.
407. Bacon J.L., Dinneen A.J., Marsh P., Holdstock J.M., Price B.A., Whiteley M.S. Five-year results of incompetent perforator vein closure using TRAns-Luminal Occlusion of Perforator // *Phlebology.* 2009. T. 24, № 2. C. 74–78.
408. Chehab M., Dixit P., Antypas E., Juncaj M., Wong O., Bischoff M. Endovenous Laser Ablation of Perforating Veins: Feasibility, Safety, and Occlusion Rate Using a 1,470-nm Laser and Bare-Tip Fiber // *J. Vasc. Interv. Radiol. JVIR.* 2015. T. 26, № 6. C. 871–877.

409. Proebstle T.M., Lehr H.A., Kargl A., Espinola-Klein C., Rother W., Bethge S., Knop J. Endovenous treatment of the greater saphenous vein with a 940-nm diode laser: thrombotic occlusion after endoluminal thermal damage by laser-generated steam bubbles // *J. Vasc. Surg.* 2002. T. 35, № 4. C. 729–736.
410. Nelzén O., Fransson I. True long-term healing and recurrence of venous leg ulcers following SEPS combined with superficial venous surgery: a prospective study // *Eur. J. Vasc. Endovasc. Surg. Off. J. Eur. Soc. Vasc. Surg.* 2007. T. 34, № 5. C. 605–612.
411. Obermayer A., Göstl K., Walli G., Benesch T. Chronic venous leg ulcers benefit from surgery: long-term results from 173 legs // *J. Vasc. Surg.* 2006. T. 44, № 3. C. 572–579.
412. Franceschi C., Cappelli M., Ermini S., Giancesini S., Mendoza E., Passariello F., Zamboni P. CHIVA: hemodynamic concept, strategy and results // *Int. Angiol. J. Int. Union Angiol.* 2016. T. 35, № 1. C. 8–30.
413. Franceschi C., Bahnini A. Remark concerning the comments on the CHIVA method in the article by P. Pittaluga and S. Chastanet: «Technique and treatment of varices: How to choose?» // *Phlebol - Ann Vasc.* 2008. T. 61. C. 428–430.
414. Zamboni P., Marcellino M.G., Cappelli M., Feo C.V., Bresadola V., Vasquez G., Liboni A. Saphenous vein sparing surgery: principles, techniques and results // *J. Cardiovasc. Surg. (Torino)*. 1998. T. 39, № 2. C. 151–162.
415. Saphenous Vein-Sparing Strategies in Chronic Venous Disease / под ред. Zamboni P., Mendoza E., Giancesini S. Cham: Springer International Publishing, 2018. 1–279 с. с.
416. Guo L., Huang R., Zhao D., Xu G., Liu H., Yang J., Guo T. Long-term efficacy of different procedures for treatment of varicose veins: A network meta-analysis // *Medicine (Baltimore)*. 2019. T. 98, № 7. C. e14495.
417. Bellmunt-Montoya S., Escribano J.M., Pantoja Bustillos P.E., Tello-Díaz C., Martinez-Zapata M.J. CHIVA method for the treatment of chronic venous insufficiency // *Cochrane Database Syst. Rev.* 2021. T. 9, № 9. C. CD009648.
418. Parés J.O., Juan J., Tellez R., Mata A., Moreno C., Quer F.X., Suarez D., Codony I., Roca J. Varicose vein surgery: stripping versus the CHIVA method: a randomized controlled trial // *Ann. Surg.* 2010. T. 251, № 4. C. 624–631.
419. Carandina S., Mari C., De Palma M., Marcellino M.G., Cisno C., Legnaro A., Liboni A., Zamboni P. Varicose vein stripping vs haemodynamic correction (CHIVA): a long term randomised trial // *Eur. J. Vasc. Endovasc. Surg. Off. J. Eur. Soc. Vasc. Surg.* 2008. T. 35, № 2. C. 230–237.
420. Bellmunt-Montoya S., Escribano J.M., Dilme J., Martinez-Zapata M.J. CHIVA method for the treatment of chronic venous insufficiency // *Cochrane Database Syst. Rev.* 2012.
421. Richards T., Anwar M., Beshr M., Davies A.H., Onida S. Systematic review of ambulatory selective variceal ablation under local anesthetic technique for the treatment of symptomatic varicose veins // *J. Vasc. Surg. Venous Lymphat. Disord.* 2021. T. 9, № 2. C. 525–535.
422. Pittaluga P., Chastanet S., Locret T., Barbe R. The effect of isolated phlebectomy on reflux and diameter of the great saphenous vein: a prospective study // *Eur. J. Vasc. Endovasc. Surg. Off. J. Eur. Soc. Vasc. Surg.* 2010. T. 40, № 1. C. 122–128.
423. Pittaluga P., Chastanet S., Rea B., Barbe R. Midterm results of the surgical treatment of varices by phlebectomy with conservation of a refluxing saphenous vein // *J. Vasc. Surg.* 2009. T. 50, № 1. C. 107–118.
424. Золотухин И.А., Селиверстов Е.И., Захарова Е.А., Кириенко А.И. Изолированное удаление притоков несостоятельной большой подкожной вены приводит к восстановлению функции ее клапанов // *Флебология*. 2016. Т. 10, № 1. С. 8.
425. Scheerders E.R.Y., van der Velden S.K., Goossens L.M.A., Hamann S.A.S., de Maeseneer M.G.R., Malskat W.S.J., de Mik L., Nijsten T.E.C., van den Bos R.R., members of the SAPTAP group. A randomized clinical trial of isolated ambulatory phlebectomy versus

- saphenous thermal ablation with concomitant phlebectomy (SAPTAP Trial) // Br. J. Surg. 2023. T. 110, № 3. C. 333–342.
426. Biemans A.A.M., van den Bos R.R., Hollestein L.M., Maessen-Visch M.B., Vergouwe Y., Neumann H.A.M., de Maeseneer M.G.R., Nijsten T. The effect of single phlebectomies of a large varicose tributary on great saphenous vein reflux // J. Vasc. Surg. Venous Lymphat. Disord. 2014. T. 2, № 2. C. 179–187.
 427. Zolotukhin I.A., Seliverstov E.I., Zakharova E.A., Kirienko A.I. Short-term results of isolated phlebectomy with preservation of incompetent great saphenous vein (ASVAL procedure) in primary varicose veins disease // Phlebology. 2017. T. 32, № 9. C. 601–607.
 428. Мирахмедова С.А., Селиверстов Е.И., Захарова Е.А., Ефремова О.И., Золотухин И.А. 5-Year Results of ASVAL Procedure in Patients with Primary Varicose Veins 5-летние результаты процедуры ASVAL у пациентов с первичными варикозными венами // Флебология. 2020. Т. 14, № 2. С. 107.
 429. Lobastov K.V., Vorontsova A.V., Laberko L.A., Barinov V.E. eASVAL Principle Implementation: the Effect of Endovenous Laser Ablation of Perforating Vein and/or Sclerotherapy of Varicose Branches on the Course of Varicose Disease in Great Saphenous Vein System // Flebologiya. 2019. T. 13, № 2. C. 98.
 430. Atasoy M.M., Oğuzkurt L. The endovenous ASVAL method: principles and preliminary results // Diagn. Interv. Radiol. Ank. Turk. 2016. T. 22, № 1. C. 59–64.
 431. Carradice D., Mekako A.I., Hatfield J., Chetter I.C. Randomized clinical trial of concomitant or sequential phlebectomy after endovenous laser therapy for varicose veins // Br. J. Surg. 2009. T. 96, № 4. C. 369–375.
 432. Olivencia J.A. Minimally invasive vein surgery: ambulatory phlebectomy // Tech. Vasc. Interv. Radiol. 2003. T. 6, № 3. C. 121–124.
 433. Ramelet A.-A. Phlebectomy. Technique, indications and complications // Int. Angiol. J. Int. Union Angiol. 2002. T. 21, № 2 Suppl 1. C. 46–51.
 434. Kabnick L.S., Ombrellino M. Ambulatory phlebectomy // Semin. Interv. Radiol. 2005. T. 22, № 3. C. 218–224.
 435. Almeida J.I., Raines J.K. Ambulatory phlebectomy in the office // Perspect. Vasc. Surg. Endovasc. Ther. 2008. T. 20, № 4. C. 348–355.
 436. Carr S.C. Update on venous procedures performed in the office setting // Perspect. Vasc. Surg. Endovasc. Ther. 2009. T. 21, № 1. C. 21–26.
 437. Guillot B., Guillhou J.J., de Champvallins M., Mallet C., Moccatti D., Pointel J.P. A long term treatment with a venotropic drug. Results on efficacy and safety of Daflon 500 mg in chronic venous insufficiency // Int. Angiol. J. Int. Union Angiol. 1989. T. 8, № 4 Suppl. C. 67–71.
 438. Brake M., Lim C.S., Shepherd A.C., Shalhoub J., Davies A.H. Pathogenesis and etiology of recurrent varicose veins // J. Vasc. Surg. 2013. T. 57, № 3. C. 860–868.
 439. O'Donnell T.F., Balk E.M., Dermody M., Tangney E., Iafrati M.D. Recurrence of varicose veins after endovenous ablation of the great saphenous vein in randomized trials // J. Vasc. Surg. Venous Lymphat. Disord. 2016. T. 4, № 1. C. 97–105.
 440. Rass K., Frings N., Glowacki P., Gräber S., Tilgen W., Vogt T. Same Site Recurrence is More Frequent After Endovenous Laser Ablation Compared with High Ligation and Stripping of the Great Saphenous Vein: 5 year Results of a Randomized Clinical Trial (RELACS Study) // Eur. J. Vasc. Endovasc. Surg. Off. J. Eur. Soc. Vasc. Surg. 2015. T. 50, № 5. C. 648–656.
 441. Labropoulos N., Touloupakis E., Giannoukas A.D., Leon M., Katsamouris A., Nicolaidis A.N. Recurrent varicose veins: investigation of the pattern and extent of reflux with color flow duplex scanning // Surgery. 1996. T. 119, № 4. C. 406–409.
 442. De Maeseneer M., Pichot O., Cavezzi A., Earnshaw J., van Rij A., Lurie F., Smith P.C., Union Internationale de Phlebologie. Duplex ultrasound investigation of the veins of the

- lower limbs after treatment for varicose veins - UIP consensus document // Eur. J. Vasc. Endovasc. Surg. Off. J. Eur. Soc. Vasc. Surg. 2011. T. 42, № 1. C. 89–102.
443. Hayden A., Holdsworth J. Complications following re-exploration of the groin for recurrent varicose veins // Ann. R. Coll. Surg. Engl. 2001. T. 83, № 4. C. 272–273.
 444. van Groenendael L., Flinkenflögel L., van der Vliet J.A., Roovers E.A., van Sterkenburg S.M.M., Reijnen M.M.P.J. Conventional surgery and endovenous laser ablation of recurrent varicose veins of the small saphenous vein: a retrospective clinical comparison and assessment of patient satisfaction // Phlebology. 2010. T. 25, № 3. C. 151–157.
 445. Hinchliffe R.J., Ubhi J., Beech A., Ellison J., Braithwaite B.D. A prospective randomised controlled trial of VNUS closure versus surgery for the treatment of recurrent long saphenous varicose veins // Eur. J. Vasc. Endovasc. Surg. Off. J. Eur. Soc. Vasc. Surg. 2006. T. 31, № 2. C. 212–218.
 446. Creton D., Uhl J.F. Foam sclerotherapy combined with surgical treatment for recurrent varicose veins: short term results // Eur. J. Vasc. Endovasc. Surg. Off. J. Eur. Soc. Vasc. Surg. 2007. T. 33, № 5. C. 619–624.
 447. Perrin M., Gillet J.-L. Management of recurrent varices at the popliteal fossa after surgical treatment // Phlebology. 2008. T. 23, № 2. C. 64–68.
 448. Pittaluga P., Chastanet S., Locret T., Rousset O. Retrospective evaluation of the need of a redo surgery at the groin for the surgical treatment of varicose vein // J. Vasc. Surg. 2010. T. 51, № 6. C. 1442–1450.
 449. O'Meara S., Cullum N.A., Nelson E.A. Compression for venous leg ulcers // Cochrane Database Syst Rev. 2009. C. CD000265.
 450. Fletcher A., Cullum N., Sheldon T.A. A systematic review of compression treatment for venous leg ulcers // BMJ. 1997. T. 315, № 7108. C. 576–580.
 451. Blair S.D., Wright D.D., Backhouse C.M., Riddle E., McCollum C.N. Sustained compression and healing of chronic venous ulcers // BMJ. 1988. T. 297, № 6657. C. 1159–1161.
 452. Ashby R.L., Gabe R., Ali S., Adderley U., Bland J.M., Cullum N.A., Dumville J.C., Iglesias C.P., Kang'ombe A.R., Soares M.O., Stubbs N.C., Torgerson D.J. Clinical and cost-effectiveness of compression hosiery versus compression bandages in treatment of venous leg ulcers (Venous leg Ulcer Study IV, VenUS IV): a randomised controlled trial // Lancet Lond. Engl. 2014. T. 383, № 9920. C. 871–879.
 453. Finlayson K.J., Courtney M.D., Gibb M.A., O'Brien J.A., Parker C.N., Edwards H.E. The effectiveness of a four-layer compression bandage system in comparison with Class 3 compression hosiery on healing and quality of life in patients with venous leg ulcers: a randomised controlled trial // Int. Wound J. 2014. T. 11, № 1. C. 21–27.
 454. Milic D.J., Zivic S.S., Bogdanovic D.C., Jovanovic M.M., Jankovic R.J., Milosevic Z.D., Stamenkovic D.M., Trenkic M.S. The influence of different sub-bandage pressure values on venous leg ulcers healing when treated with compression therapy // J. Vasc. Surg. 2010. T. 51, № 3. C. 655–661.
 455. Stather P.W., Petty C., Howard A.Q. Review of adjustable velcro wrap devices for venous ulceration // Int. Wound J. 2019. T. 16, № 4. C. 903–908.
 456. Benigni J.-P., Uhl J.-F., Filori P., Balet F., Penoel L. Adjustable compression wraps: stretch, interface pressures and static stiffness indices // Int. Angiol. J. Int. Union Angiol. 2023. T. 42, № 3. C. 247–253.
 457. Opletalová K., Blaizot X., Mourgeon B., Chêne Y., Creveuil C., Combemale P., Laplaud A.-L., Sohyer-Lebreuilly I., Domp Martin A. Maggot therapy for wound debridement: a randomized multicenter trial // Arch. Dermatol. 2012. T. 148, № 4. C. 432–438.
 458. Blumberg S.N., Maggi J., Melamed J., Golinko M., Ross F., Chen W. A histopathologic basis for surgical debridement to promote healing of venous ulcers // J. Am. Coll. Surg. 2012. T. 215, № 6. C. 751–757.

459. Williams D., Enoch S., Miller D., Harris K., Price P., Harding K.G. Effect of sharp debridement using curette on recalcitrant nonhealing venous leg ulcers: a concurrently controlled, prospective cohort study // *Wound Repair Regen. Off. Publ. Wound Heal. Soc. Eur. Tissue Repair Soc.* 2005. T. 13, № 2. C. 131–137.
460. Gethin G., Cowman S., Kolbach D.N. Debridement for venous leg ulcers // *Cochrane Database Syst. Rev.* 2015. T. 2015, № 9. C. CD008599.
461. Norman G., Westby M.J., Rithalia A.D., Stubbs N., Soares M.O., Dumville J.C. Dressings and topical agents for treating venous leg ulcers // *Cochrane Database Syst. Rev.* 2018. T. 6, № 6. C. CD012583.
462. O'Meara S.M., Cullum N.A., Majid M., Sheldon T.A. Systematic review of antimicrobial agents used for chronic wounds // *Br. J. Surg.* 2001. T. 88, № 1. C. 4–21.
463. Dumville J.C., Land L., Evans D., Peinemann F. Negative pressure wound therapy for treating leg ulcers // *Cochrane Database Syst. Rev.* 2015. T. 2015, № 7. C. CD011354.
464. Shimanko A.I., Dibirov M.D., Zubritsky V.F., Zemlyanoy A.B., Matveev D.A., Tsuranov S.V., Volkov A.S., Shvydko V.S., Maiorov A.V., Tyurin D.S., Magdiev A.Kh., Gagai S.P. The Combined Treatment of Trophic Ulcers of Venous Etiology // *Flebologiya.* 2017. T. 11, № 2. C. 91.
465. Gohel M.S., Barwell J.R., Taylor M., Chant T., Foy C., Earnshaw J.J., Heather B.P., Mitchell D.C., Whyman M.R., Poskitt K.R. Long term results of compression therapy alone versus compression plus surgery in chronic venous ulceration (ESCHAR): randomised controlled trial // *BMJ.* 2007. T. 335. C. 83.
466. van Gent W.B., Catarinella F.S., Lam Y.L., Nieman F.H.M., Toonder I.M., van der Ham A.C., Wittens C.H.A. Conservative versus surgical treatment of venous leg ulcers: 10-year follow up of a randomized, multicenter trial // *Phlebology.* 2015. T. 30, № 1 Suppl. C. 35–41.
467. Cai P.L., Hitchman L.H., Mohamed A.H., Smith G.E., Chetter I., Carradice D. Endovenous ablation for venous leg ulcers // *Cochrane Database Syst. Rev.* 2023. T. 7, № 7. C. CD009494.
468. Gohel M.S., Heatley F., Liu X., Bradbury A., Bulbulia R., Cullum N., Epstein D.M., Nyamekye I., Poskitt K.R., Renton S., Warwick J., Davies A.H., EVRA Trial Investigators. A Randomized Trial of Early Endovenous Ablation in Venous Ulceration // *N. Engl. J. Med.* 2018. T. 378, № 22. C. 2105–2114.
469. Schmeller W., Gaber Y., Gehl H.B. Shave therapy is a simple, effective treatment of persistent venous leg ulcers // *J. Am. Acad. Dermatol.* 1998. T. 39, № 2 Pt 1. C. 232–238.
470. Schmeller W., Gaber Y. Surgical removal of ulcer and lipodermatosclerosis followed by split-skin grafting (shave therapy) yields good long-term results in «non-healing» venous leg ulcers // *Acta Derm. Venereol.* 2000. T. 80, № 4. C. 267–271.
471. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации № 395н от 21 июня 2013 г. N 395н «Об утверждении норм лечебного питания» [Электронный ресурс]. 2013. URL: <https://minzdrav.gov.ru/documents/5399-prikaz-minzdrava-ros-> (дата обращения: 09.08.2024).
472. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 23.09.2020 № 1008н «Об утверждении порядка обеспечения пациентов лечебным питанием» (Зарегистрирован 30.09.2020 № 60137) [Электронный ресурс]. URL: <http://publication.pravo.gov.ru/document/0001202010010037> (дата обращения: 09.08.2024).
473. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 5 августа 2003 г. N 330 "О мерах по совершенствованию лечебного питания в лечебно-профилактических учреждениях Российской Федерации [Электронный ресурс]. URL: https://10.rospotrebnadzor.ru/upload/medialibrary/78d/prikaz-minzdrava-rf-ot-05.08.2003-_330.pdf.

474. Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации № 545н от 26.06.2023 «Об утверждении Порядка разработки и реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалида, индивидуальной программы реабилитации или абилитации ребенка-инвалида, выдаваемых федеральными учреждениями медико-социальной экспертизы, и их форм» (Зарегистрирован 28.07.2023 № 74506) [Электронный ресурс] // Официальное опубликование правовых актов. URL: <http://publication.pravo.gov.ru/document/0001202307280018> (дата обращения: 27.07.2024).
475. Caggiati A., De Maeseneer M., Cavezzi A., Mosti G., Morrison N. Rehabilitation of patients with venous diseases of the lower limbs: State of the art // *Phlebology*. 2018. Т. 33, № 10. С. 663–671.
476. van Rij A.M., De Alwis C.S., Jiang P., Christie R.A., Hill G.B., Dutton S.J., Thomson I.A. Obesity and impaired venous function // *Eur. J. Vasc. Endovasc. Surg. Off. J. Eur. Soc. Vasc. Surg.* 2008. Т. 35, № 6. С. 739–744.
477. Mahapatra S., Ramakrishna P., Gupta B., Anusha A., Para M.A. Correlation of obesity & comorbid conditions with chronic venous insufficiency: Results of a single-centre study // *Indian J. Med. Res.* 2018. Т. 147, № 5. С. 471–476.
478. Davies H.O., Popplewell M., Singhal R., Smith N., Bradbury A.W. Obesity and lower limb venous disease - The epidemic of phlebesity // *Phlebology*. 2017. Т. 32, № 4. С. 227–233.
479. Danielsson G., Eklof B., Grandinetti A., Kistner R.L. The influence of obesity on chronic venous disease // *Vasc. Endovascular Surg.* 2002. Т. 36, № 4. С. 271–276.
480. Nicolaides A.N., Labropoulos N. Burden and Suffering in Chronic Venous Disease // *Adv. Ther.* 2019. Т. 36, № Suppl 1. С. 1–4.
481. Seidel A.C., Belczak C.E.Q., Campos M.B., Campos R.B., Harada D.S. The impact of obesity on venous insufficiency // *Phlebology*. 2015. Т. 30, № 7. С. 475–480.
482. Deol Z.K., Lakhapal S., Franzon G., Pappas P.J. Effect of obesity on chronic venous insufficiency treatment outcomes // *J. Vasc. Surg. Venous Lymphat. Disord.* 2020. Т. 8, № 4. С. 617-628.e1.
483. Cavalheri G., de Godoy J.M.P., Belczak C.E.Q. Correlation of haemodynamics and ankle mobility with clinical classes of clinical, aetiological, anatomical and pathological classification in venous disease // *Phlebology*. 2008. Т. 23, № 3. С. 120–124.
484. de Moura R.M.F., Gomes H. de A., da Silva S.L.A., Britto R.R., Dias R.C. Analysis of the physical and functional parameters of older adults with chronic venous disease // *Arch. Gerontol. Geriatr.* 2012. Т. 55, № 3. С. 696–701.
485. Yang D., Vandongen Y.K., Stacey M.C. Effect of exercise on calf muscle pump function in patients with chronic venous disease // *Br. J. Surg.* 1999. Т. 86, № 3. С. 338–341.
486. Araujo D.N., Ribeiro C.T., Maciel A.C., Bruno S.S., Fregonezi G.A., Dias F.A. Physical exercise for the treatment of non-ulcerated chronic venous insufficiency // *Cochrane Database Syst. Rev.* 2016. Т. 12, № 12. С. CD010637.
487. Cetin C., Serbest M.O., Ercan S., Yavuz T., Erdogan A. An evaluation of the lower extremity muscle strength of patients with chronic venous insufficiency // *Phlebology*. 2016. Т. 31, № 3. С. 203–208.
488. Padberg F.T., Johnston M.V., Sisto S.A. Structured exercise improves calf muscle pump function in chronic venous insufficiency: a randomized trial // *J. Vasc. Surg.* 2004. Т. 39, № 1. С. 79–87.
489. O'Brien J., Edwards H., Stewart I., Gibbs H. A home-based progressive resistance exercise programme for patients with venous leg ulcers: a feasibility study // *Int. Wound J.* 2013. Т. 10, № 4. С. 389–396.
490. Iida H., Nakajima T., Kurano M., Yasuda T., Sakamaki M., Sato Y., Yamasoba T., Abe T. Effects of walking with blood flow restriction on limb venous compliance in elderly subjects // *Clin. Physiol. Funct. Imaging*. 2011. Т. 31, № 6. С. 472–476.

491. Back T.L., Padberg F.T., Araki C.T., Thompson P.N., Hobson R.W. Limited range of motion is a significant factor in venous ulceration // *J. Vasc. Surg.* 1995. T. 22, № 5. C. 519–523.
492. Shiman M.I., Pieper B., Templin T.N., Birk T.J., Patel A.R., Kirsner R.S. Venous ulcers: A reappraisal analyzing the effects of neuropathy, muscle involvement, and range of motion upon gait and calf muscle function // *Wound Repair Regen. Off. Publ. Wound Heal. Soc. Eur. Tissue Repair Soc.* 2009. T. 17, № 2. C. 147–152.
493. Ercan S., Çetin C., Yavuz T., Demir H.M., Atalay Y.B. Effects of isokinetic calf muscle exercise program on muscle strength and venous function in patients with chronic venous insufficiency // *Phlebology.* 2018. T. 33, № 4. C. 261–266.
494. Gürdal Karakelle S., Ipek Y., Tulin O., Alpagut İ.U. The efficiency of exercise training in patients with venous insufficiency: A double blinded, randomized controlled trial // *Phlebology.* 2021. T. 36, № 6. C. 440–449.
495. Giancesini S., Tessari M., Bacciglieri P., Malagoni A.M., Menegatti E., Occhionorelli S., Basaglia N., Zamboni P. A specifically designed aquatic exercise protocol to reduce chronic lower limb edema // *Phlebology.* 2017. T. 32, № 9. C. 594–600.
496. Hartmann B., Drews B., Bassenge E. [Venous capacity and venous outflow in healthy patients and patients with chronic venous insufficiency before and following swimming in 34 degree C warm water] // *Vasa. Suppl.* 1991. T. 32. C. 443–445.
497. Forestier R.J., Briancon G., Francon A., Erol F.B., Mollard J.M. Balneohydrotherapy in the treatment of chronic venous insufficiency // *VASA Z. Gefasskrankheiten.* 2014. T. 43, № 5. C. 365–371.
498. de Moraes Silva M.A., Nakano L.C., Cisneros L.L., Miranda F. Balneotherapy for chronic venous insufficiency // *Cochrane Database Syst. Rev.* 2019. T. 8, № 8. C. CD013085.
499. de Moraes Silva M.A., Nakano L.C., Cisneros L.L., Miranda F. Balneotherapy for chronic venous insufficiency // *Cochrane Database Syst. Rev.* 2023. T. 1, № 1. C. CD013085.
500. Becker B.E. Aquatic therapy: scientific foundations and clinical rehabilitation applications // *PM R.* 2009. T. 1, № 9. C. 859–872.
501. Caggiati A., Lattimer C., Kalodiki E., Oberto S., Bergamo G., Kontothanassis D., Underwater Compression Group. Underwater Sonography of Leg Veins // *EJVES Short Rep.* 2018. T. 41. C. 13–15.
502. Bender T., Karagülle Z., Bálint G.P., Gutenbrunner C., Bálint P.V., Sukenik S. Hydrotherapy, balneotherapy, and spa treatment in pain management // *Rheumatol. Int.* 2005. T. 25, № 3. C. 220–224.
503. Menegatti E., Masiero S., Zamboni P., Avruscio G., Tessari M., Pagani A., Giancesini S. Randomized controlled trial on Dryland And Thermal Aquatic standardized exercise protocol for chronic venous disease (DATA study) // *J. Vasc. Surg. Venous Lymphat. Disord.* 2021. T. 9, № 5. C. 1226-1234.e2.
504. Carpentier P.H., Blaise S., Satger B., Genty C., Rolland C., Roques C., Bosson J.-L. A multicenter randomized controlled trial evaluating balneotherapy in patients with advanced chronic venous insufficiency // *J. Vasc. Surg.* 2014. T. 59, № 2. C. 447-454.e1.
505. Mohamed W.A.I., Badr N.M., Fouad B.E., Alaal M.E.M.A. Efficacy of Intermittent Pneumatic Compression on Blood Flow in Patient with Varicose Veins // *Arch Pharm Pr.* 2020. T. 11, № 2. C. 149–153.
506. Yamany A., Hamdy B. Effect of sequential pneumatic compression therapy on venous blood velocity, refilling time, pain and quality of life in women with varicose veins: a randomized control study // *J. Phys. Ther. Sci.* 2016. T. 28, № 7. C. 1981–1987.
507. Nelson E.A., Hillman A., Thomas K. Intermittent pneumatic compression for treating venous leg ulcers // *Cochrane Database Syst. Rev.* 2014. T. 2014, № 5. C. CD001899.

508. Bogachev V.Y., Lobanov V.N., Golovanova O.V., Kuznetsov A.N., Yershov P.V. Electrical muscle stimulation with Veinoplus® device in the treatment of venous ulcers // *Int. Angiol. J. Int. Union Angiol.* 2015. T. 34, № 3. C. 257–262.
509. Le Tohic A., Bastian H., Pujo M., Beslot P., Mollard R., Madelenat P. [Effects of electrostimulation (Veinoplus) on lower limbs venous insufficiency-related symptoms during pregnancy. Preliminary study] // *Gynecol. Obstet. Fertil.* 2009. T. 37, № 1. C. 18–24.
510. Bogachev V.Y., Golovanova O.V., Kuznetsov A.N., Shekoyan A.O., Bogacheva N.V. Electromuscular stimulation with VEINOPLUS® for the treatment of chronic venous edema // *Int. Angiol. J. Int. Union Angiol.* 2011. T. 30, № 6. C. 567–590.
511. Jeran M., Zaffuto S., Moratti A., Bagnacani M., Cadossi R. Pemp Stimulation of Skin Ulcers of Venous Origin in Humans Preliminary Report of a Double Blind Study // *J. Bioelectr.* 1987. T. 6, № 2. C. 181–188.
512. Kenkre J.E., Hobbs F.D., Carter Y.H., Holder R.L., Holmes E.P. A randomized controlled trial of electromagnetic therapy in the primary care management of venous leg ulceration // *Fam. Pract.* 1996. T. 13, № 3. C. 236–241.
513. Ieran M., Zaffuto S., Bagnacani M., Annovi M., Moratti A., Cadossi R. Effect of low frequency pulsing electromagnetic fields on skin ulcers of venous origin in humans: a double-blind study // *J. Orthop. Res. Off. Publ. Orthop. Res. Soc.* 1990. T. 8, № 2. C. 276–282.
514. Alekseenko A.V., Gusak V.V. [Treatment of trophic ulcers of the lower extremities using a magnetic field] // *Klin. Khirurgiia.* 1991. № 7. C. 60–63.
515. Кульчицкая Д.Б. Лазерная доплеровская флоуметрия в оценке эффективности магнитных воздействий у больных с хронической венозной недостаточностью нижних конечностей // *Физиотерапия Бальнеология И Реабилитация.* 2010. Т. 9, № 1. С. 13–15.
516. Flemming K., Cullum N. Laser therapy for venous leg ulcers // *Cochrane Database Syst Rev Engl.* 2000. T. 2. C. CD001182.
517. Kopera D., Kokol R., Berger C., Haas J. Low level laser: does it influence wound healing in venous leg ulcers? A randomized, placebo-controlled, double-blind study // *Br. J. Dermatol.* 2005. T. 152, № 6. C. 1368–1370.
518. Гавриленко А.В., Мусаев М.М., Вахратьян П.Е. Лазерные технологии в лечении трофических язв венозной этиологии // *Лазерная Медицина.* 2015. Т. 19, № 4. С. 58–62.
519. Каторкин С.Е., Жуков А.А., Мельников М.А., Кушнарчук М.Ю. Комбинированное лечение трофических язв при хронических заболеваниях вен нижних конечностей // *Лазерная Медицина.* 2015. Т. 19, № 3. С. 23–28.
520. Lagan K.M., Mc Donough S.M., Clements B.A., Baxter G.D. A case report of low intensity laser therapy (LILT) in the management of venous ulceration: potential effects of wound debridement upon efficacy // *J. Clin. Laser Med. Surg.* 2000. T. 18, № 1. C. 15–22.
521. Konchugova T.V., Askhadulin E.V., Kulchitskaya D.B., Fesyun A.D., Melnikova E.A., Nikitin M.V. [The effectiveness of combined laser therapy in patients with trophic leg ulcer and chronic venous insufficiency] // *Vopr. Kurortol. Fizioter. Lech. Fiz. Kult.* 2020. T. 97, № 5. C. 45–51.
522. Johannsen F., Gam A.N., Karlsmark T. Ultrasound therapy in chronic leg ulceration: a meta-analysis // *Wound Repair Regen. Off. Publ. Wound Heal. Soc. Eur. Tissue Repair Soc.* 1998. T. 6, № 2. C. 121–126.
523. Al-Kurdi D., Bell-Syer S.E.M., Flemming K. Therapeutic ultrasound for venous leg ulcers // *Cochrane Database Syst. Rev.* 2008. № 1. C. CD001180.
524. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29.03.2019 № 173н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми» (Зарегистрирован 25.04.2019 № 54513) [Электронный ресурс] // Официальное

- опубликование правовых актов. URL: <http://publication.pravo.gov.ru/document/0001201904260046> (дата обращения: 27.07.2024).
525. Mosti G., Mattaliano V., Partsch H. Inelastic compression increases venous ejection fraction more than elastic bandages in patients with superficial venous reflux // *Phlebology*. 2008. Т. 23, № 6. С. 287–294.
 526. O'Brien J.F., Grace P.A., Perry I.J., Hannigan A., Clarke Moloney M., Burke P.E. Randomized clinical trial and economic analysis of four-layer compression bandaging for venous ulcers // *Br. J. Surg.* 2003. Т. 90, № 7. С. 794–798.
 527. García-Gimeno M., Rodríguez-Camarero S., Tagarro-Villalba S., Ramalle-Gomara E., Ajona García J.A., González Arranz M.A., López García D., González-González E., Vaquero Puerta C. Reflux patterns and risk factors of primary varicose veins' clinical severity // *Phlebology*. 2013. Т. 28, № 3. С. 153–161.
 528. Ismail L., Normahani P., Standfield N.J., Jaffer U. A systematic review and meta-analysis of the risk for development of varicose veins in women with a history of pregnancy // *J. Vasc. Surg. Venous Lymphat. Disord.* 2016. Т. 4, № 4. С. 518-524.e1.
 529. Engelhorn C.A., Cassou M.F., Engelhorn A.L., Salles-Cunha S.X. Does the number of pregnancies affect patterns of great saphenous vein reflux in women with varicose veins? // *Phlebology*. 2010. Т. 25, № 4. С. 190–195.
 530. Keo H.H., Baumann F., Diehm N., Regli C., Staub D. Rivaroxaban versus fondaparinux for thromboprophylaxis after endovenous laser ablation // *J. Vasc. Surg. Venous Lymphat. Disord.* 2017. Т. 5, № 6. С. 817–823.
 531. Gould M.K., Garcia D.A., Wren S.M., Karanicolas P.J., Arcelus J.I., Heit J.A., Samama C.M. Prevention of VTE in nonorthopedic surgical patients: Antithrombotic Therapy and Prevention of Thrombosis, 9th ed: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines // *Chest*. 2012. Т. 141, № 2 Suppl. С. e227S-e277S.

Приложение А1. Состав рабочей группы по разработке и пересмотру клинических рекомендаций

1. Апханова Т.В., д.м.н., член Российского кардиологического общества (РКО), член Американского вено-лимфатического общества (AVLS), член Европейского общества кардиологов (ESC); член Национальной ассоциации экспертов санаторно-курортного лечения
2. Булатов В.Л., к.м.н., член Ассоциации флебологов России (АФР);
3. Вахратьян П.Е., д.м.н., член Ассоциации флебологов России (АФР), Российского общества ангиологов и сосудистых хирургов (РОАиСХ), член Российского общества хирургов (РОХ);
4. Волков А.М., член Ассоциации флебологов России (АФР);
5. Волков А.С., к.м.н., член Ассоциации флебологов России (АФР);
6. Гаврилов Е.К., д.м.н., член Исполнительного совета Ассоциации флебологов России (АФР);
7. Головина В.И., к.м.н., член Ассоциации флебологов России (АФР), Engagement working group International Union of Phlebology;
8. Деркачев С.Н., к.м.н., член Ассоциации флебологов России (АФР), Российского общества ангиологов и сосудистых хирургов (РОАиСХ), член Российского общества хирургов (РОХ), Национальной ассоциации специалистов по тромбозам, клинической гемостазиологии и гемореологии (НАТГ), International Union of Angiology (IUA);

9. Ефремова О.И., к.м.н., член Ассоциации флебологов России (АФР);
10. Золотухин И.А., д.м.н., профессор, профессор РАН, исполнительный секретарь Ассоциации флебологов России (АФР);
11. Иванов О.О., к.м.н., член Ассоциации флебологов России (АФР)
12. Илюхин Е.А., к.м.н., вице-президент Ассоциации флебологов России (АФР), член Российского общества хирургов (РОХ);
13. Калинин Р.Е., д.м.н., профессор, член Исполнительного совета Ассоциации флебологов России (АФР), член Российского общества хирургов (РОХ), член правления Российского общества ангиологов и сосудистых хирургов (РОАиСХ), член Ассоциации сердечно-сосудистых хирургов России (АССХ);
14. Камаев А.А., к.м.н., член Научного совета Ассоциации флебологов России (АФР), член Российского общества ангиологов и сосудистых хирургов (РОАиСХ);
15. Кательницкий И.И., д.м.н., профессор, член Исполнительного совета Ассоциации флебологов России (АФР);
16. Каторкин С.Е., д.м.н., профессор, член Исполнительного и Научного советов Ассоциации флебологов России (АФР), член Российского общества хирургов (РОХ), член Ассоциации колопроктологов России (АКР);
17. Кончугова Т.В., д.м.н., профессор, член Национальной ассоциации экспертов санаторно-курортного лечения
18. Кравцов П.Ф., к.м.н., член Ассоциации флебологов России (АФР), член Российского общества хирургов (РОХ);
19. Кудыкин М.Н., д.м.н., профессор, вице-президент Ассоциации флебологов России (АФР);
20. Кульчицкая Д.Б., д.м.н., профессор, член Национальной ассоциации экспертов санаторно-курортного лечения;
21. Лобастов К.В., д.м.н., доцент, член Ассоциации флебологов России (АФР);
22. Максимов С.В., к.м.н., член Ассоциации флебологов России (АФР);
23. Маркин С.М., к.м.н., член Ассоциации флебологов России (АФР);
24. Мжаванадзе Н.Д., д.м.н., доцент, член Исполнительного совета Ассоциации флебологов России (АФР), член Российского общества ангиологов и сосудистых хирургов (РОАиСХ);
25. Париков М.А., к.м.н., член Ассоциации флебологов России (АФР);
26. Пелевин А.В., член Ассоциации флебологов России (АФР);
27. Петриков А.С., д.м.н., доцент, член Исполнительного совета Ассоциации флебологов России (АФР);
28. Пиханова Ж.М., к.м.н., член Ассоциации флебологов России (АФР);
29. Прядко С.И., к.м.н., член Исполнительного совета Ассоциации флебологов России (АФР), зам. председателя секции «Флебология и лимфология» Ассоциации сердечно-сосудистых хирургов России (АССХ), European Society for Vascular Surgery (ESVS), European Society of CardioVascular Surgery (ESCVS);
30. Раповка В.Г., д.м.н., профессор, член Исполнительного совета Ассоциации флебологов России (АФР);
31. Рачин А.П., д.м.н., профессор, учредитель Российского общества по изучению головной боли, Президент Национальной ассоциации экспертов по коморбидной неврологии, член межрегионального общества «Северо-Западное общество по изучению боли»;
32. Сапелкин С.В., д.м.н., член Исполнительного совета Ассоциации флебологов России (АФР); член Российского общества ангиологов и сосудистых хирургов (РОАиСХ)

33. Селиверстов Е.И., д.м.н., член Исполнительного совета Ассоциации флебологов России (АФР);
34. Смирнов А.А., к.м.н., член Ассоциации флебологов России (АФР);
35. Стойко Ю.М., д.м.н., профессор, заслуженный врач РФ, заслуженный деятель науки РФ, лауреат премии Правительства РФ, почетный президент Ассоциации флебологов России (АФР), член правления Российского общества ангиологов и сосудистых хирургов (РОАиСХ), почетный член European Venous Forum (EVF);
36. Сучков И.А., д.м.н., профессор, президент Ассоциации флебологов России (АФР), член Российского общества хирургов (РОХ), член Российского общества ангиологов и сосудистых хирургов (РОАиСХ), член Ассоциации сердечно-сосудистых хирургов России (АССХ), International Union of Angiology (IUA);
37. Цатурян А.Б., член Исполнительного совета Ассоциации флебологов России (АФР);
38. Чаббаров Р.Г., к.м.н., член Ассоциации флебологов России (АФР);
39. Шевела А.И., д.м.н., профессор, член Исполнительного совета Ассоциации флебологов России (АФР);
40. Шиманко А.И., д.м.н., профессор, член исполнительного совета Ассоциации флебологов России (АФР);
41. Якушкин С.Н., к.м.н., член Ассоциации флебологов России (АФР).

Все члены Рабочей группы подтвердили отсутствие финансовой поддержки или другого конфликта интересов при составлении данных рекомендаций.

Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций

Целевая аудитория данных клинических рекомендаций:

Целевая аудитория разработанных клинических рекомендаций:

1. Врач - сердечно-сосудистый хирург;
2. Врач – хирург;
3. Врач ультразвуковой диагностики;
4. Студенты медицинских ВУЗов, ординаторы, аспиранты.

Рекомендации основаны на совокупном анализе доказательств, представленных в мировой литературе и полученных в результате клинического применения современных принципов и методов диагностики и лечения варикозной болезни вен нижних конечностей. Основные положения Рекомендаций ранжируются в соответствии с Приказом Министерства здравоохранения РФ от 28 февраля 2019 г. № 103н "Об утверждении порядка и сроков разработки клинических рекомендаций, их пересмотра, типовой формы клинических рекомендаций и требований к их структуре, составу и научной обоснованности включаемой в клинические рекомендации информации". Рекомендации подготовлены в соответствии с Методическими рекомендациями по проведению оценки научной обоснованности включаемой в клинические рекомендации информации, ФГБУ «Центр экспертизы и контроля качества медицинской помощи» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 2019 г.

Таблица 1. Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для методов диагностики (диагностических вмешательств)

УДД	Расшифровка
1	Систематические обзоры исследований с контролем референсным методом или систематический обзор рандомизированных клинических исследований с применением мета-анализа
2	Отдельные исследования с контролем референсным методом или отдельные рандомизированные клинические исследования и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением рандомизированных клинических исследований, с применением мета-анализа
3	Исследования без последовательного контроля референсным методом или исследования с референсным методом, не являющимся независимым от исследуемого метода или нерандомизированные сравнительные исследования, в том числе когортные исследования
4	Несравнительные исследования, описание клинического случая

5	Имеется лишь обоснование механизма действия или мнение экспертов
---	--

Таблица 2. Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для методов профилактики, лечения и реабилитации (профилактических, лечебных, реабилитационных вмешательств)

УДД	Расшифровка
1	Систематический обзор РКИ с применением мета-анализа
2	Отдельные РКИ и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением РКИ, с применением мета-анализа
3	Нерандомизированные сравнительные исследования, в т.ч. когортные исследования
4	Несравнительные исследования, описание клинического случая или серии случаев, исследования «случай-контроль»
5	Имеется лишь обоснование механизма действия вмешательства (доклинические исследования) или мнение экспертов

Таблица 3. Шкала оценки уровней убедительности рекомендаций (УУР) для методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации (профилактических, диагностических, лечебных, реабилитационных вмешательств)

УУР	Расшифровка
А	Сильная рекомендация (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество, их выводы по интересующим исходам являются согласованными)
В	Условная рекомендация (не все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, не все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество и/или их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)
С	Слабая рекомендация (отсутствие доказательств надлежащего качества (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются неважными, все исследования имеют низкое методологическое качество и их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)

Порядок обновления клинических рекомендаций.

Механизм обновления клинических рекомендаций предусматривает их систематическую актуализацию – не реже чем один раз в три года, а также при появлении новых данных с позиции доказательной медицины по вопросам диагностики, лечения, профилактики и реабилитации конкретных заболеваний, наличии обоснованных дополнений/замечаний к ранее утверждённым КР, но не чаще 1 раза в 6 месяцев.

Приложение А3. Справочные материалы, включая соответствие показаний к применению и противопоказаний, способов применения и доз лекарственных препаратов, инструкции по применению лекарственного препарата

Актуальные инструкции по применению лекарственных препаратов расположены на официальном сайте Минздрава России <http://grls.rosminzdrav.ru> (<http://grls.rosminzdrav.ru/Default.aspx>).

Приложение А3.1. Классификация термоиндуцированных тромбозов по Kabanick

I тип – тромботическая окклюзия, достигающая устья БПВ или МПВ;

II тип – распространение тромба на глубокую вену с закрытием не более 50% ее просвета;

III тип - распространение тромба на глубокую вену с закрытием более 50% ее просвета;

IV тип - распространение тромба на глубокую вену с полным закрытием ее просвета.

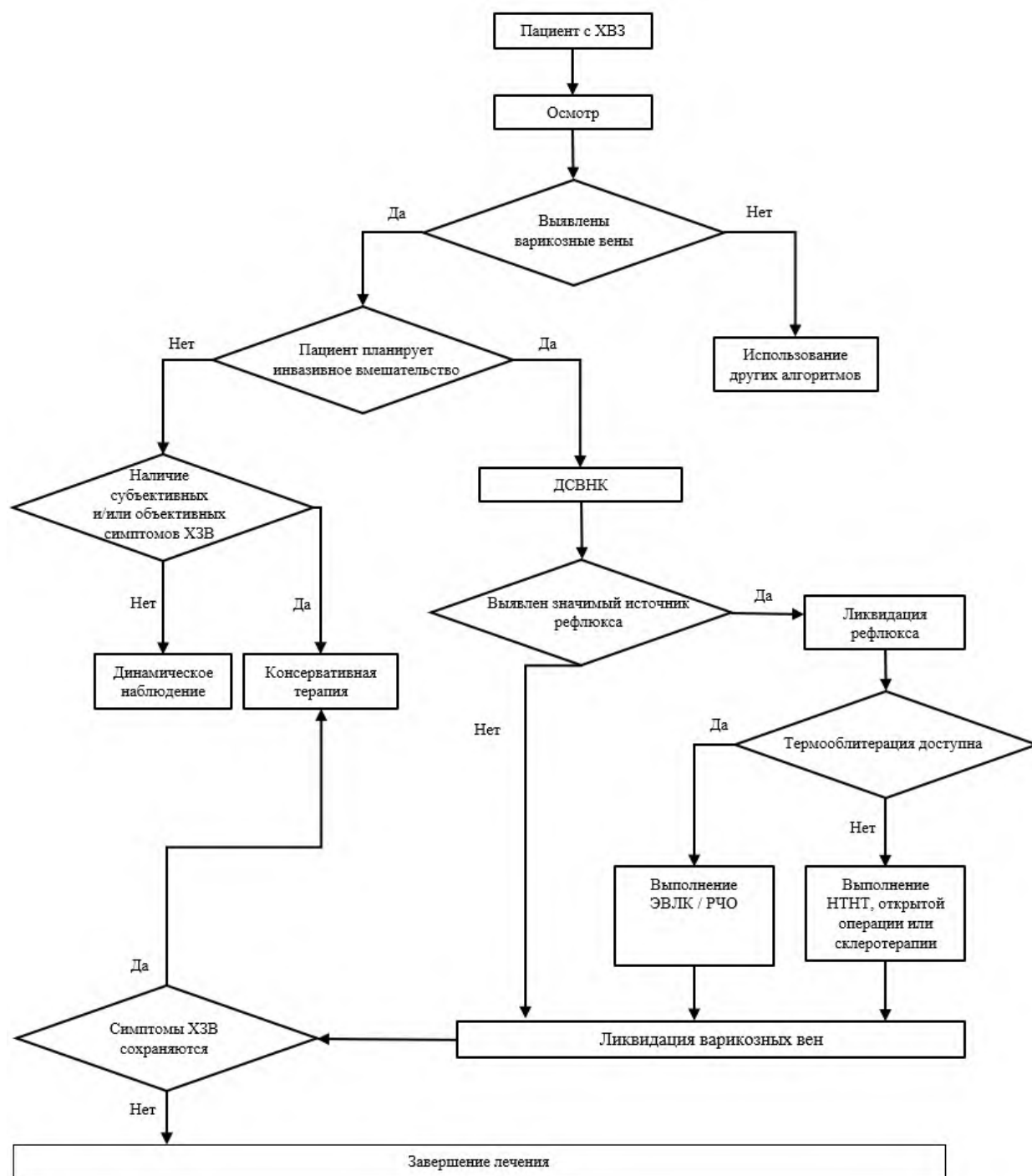
Приложение А3.2. Рекомендуемые способы профилактики ВТЭО в зависимости от индивидуально оцененного риска

Баллы Каприни	Риск ВТЭО*	Меры профилактики
0-6	Низкий (2,6%)	- Ранняя активизация - Рассмотреть применение эластичной компрессии нижних конечностей (23-32 мм. рт. ст.) только при ограничении подвижности - Рассмотреть использование фармакологической профилактики
7-10	Умеренный (8,5%)	- Ранняя активизация - Эластичная компрессия нижних конечностей (23-32 мм. рт. ст.) - Фармакологическая профилактика в течение ≥ 7 дней - НМГ (АТХ: В01АВ Группа гепарина): - Далтепарин натрия 2500 МЕ за 2 часа до операции, далее 1 р/сут. - Надропарин кальция 2850 МЕ за 2-4 часа до операции, далее 1 р/сут. - Эноксапарин натрия** 2000 МЕ за 2 часа до операции, далее по 2000-4000 МЕ 1 р/сут. - Парнапарин натрия** 3200 МЕ за 2 часа до операции, далее 1 р/сут. - Бемипарин натрия 2500 МЕ за 2 часа до или через 6 часов после операции, далее 1 р/сут. #Фондапаринукс натрия 2,5 мг сразу после

		операции, далее 1 раз в сутки" [530] ○ ПОАК (АТХ: <u>B01AF Прямые ингибиторы фактора Ха</u>) ▪ #Ривароксабан** 10 мг 1 р/сут. за 12 часов до или сразу после операции и далее 1 р/сут." [530]
≥11	Высокий (33%)	• Ранняя активизация • Эластичная компрессия нижних конечностей (23-32 мм. рт. ст.) • Фармакологическая профилактика в течение 7-30 дней ○ НМГ (АТХ: <u>B01AB Группа гепарина</u>): ▪ Далтепарин натрия 5000 МЕ вечером накануне операции, далее 1 р/сут. каждый вечер ▪ Надропарин кальция 38 МЕ/кг за 12 часов до, через 12 часов после операции и далее 1 р/сут., 57 МЕ/кг 1 р/сут. с 4 дня ▪ Эноксапарин натрия** 4000 МЕ за 12 часов до, через 12-24 часа после операции и далее 1 р/сут. ▪ Парнапарин натрия** 4250 МЕ за 12 часов до, через 12 часов после операции и далее 1 р/сут. ▪ Бемипарин натрия 3500 МЕ за 2 часа до или через 6 часов после операции, далее 1 р/сут. ○ #Фондапаринукс натрия 2,5 мг сразу после операции, далее 1 раз в сутки" [530] ○ ПОАК (АТХ: <u>B01AF Прямые ингибиторы фактора Ха</u>) ▪ #Ривароксабан** 10 мг 1 р/сут. за 12 часов до или сразу после операции и далее 1 р/сут. "" [530]
Личный ВТЭО (14%)	анамнез	• Ранняя активизация • Эластичная компрессия нижних конечностей (23-32 мм. рт. ст.) • Фармакологическая профилактика в течение ≥30 дней ○ НМГ (АТХ: <u>B01AB Группа гепарина</u>): ▪ Далтепарин натрия 5000 МЕ вечером накануне операции, далее 1 р/сут. каждый вечер ▪ Надропарин кальция 38 МЕ/кг за 12 часов до, через 12 часов после операции и далее 1 р/сут., 57 МЕ/кг 1 р/сут. с 4 дня

	▪ Эноксапарин натрия** 4000 МЕ за 12 часов до, через 12-24 часа после операции и далее 1 р/сут. ▪ Парнапарин натрия** 4250 МЕ за 12 часов до, через 12 часов после операции и далее 1 р/сут. ▪ Бемипарин натрия 3500 МЕ за 2 часа до или через 6 часов после операции, далее 1 р/сут. ○ #Фондапаринукс натрия 2,5 мг сразу после операции, далее 1 раз в сутки" [530] ○ ПОАК (АТХ: <u>B01AF Прямые ингибиторы фактора Ха</u>) ▪ #Ривароксабан** 10 мг 1 р/сут. за 12 часов до или сразу после операции и далее 1 р/сут. " [530]
*преимущественно бессимптомные ВТЭО, включая субклинические окклюзии мышечных вен голени и термически индуцированный тромбоз при отсутствии фармакопрофилактики "режим дозирования отличается от официальной инструкции и основан на результатах исследования в специфической популяции пациентов с варикозной болезнью	

Приложение Б. Алгоритмы действий врача



Приложение В. Информация для пациента

Варикозная болезнь является хроническим медленно прогрессирующим заболеванием, в основе которого лежит наследственно обусловленная слабость каркаса венозной стенки. В то же время варикозная болезнь не является генетическим заболеванием. Для ее возникновения необходимо воздействие факторов окружающей среды, к которым относится, в первую очередь, образ жизни. Возникновение и прогрессирование заболевания связано с воздействием таких провоцирующих факторов, как длительные статические нагрузки в положении стоя или сидя, беременности, роды, ожирение и пр. Заболеваемость увеличивается с возрастом, однако значительное количество случаев варикозной болезни наблюдается у лиц моложе 30 лет.

Варикозные вены могут быть единственным проявлением хронических заболеваний вен или сопровождаться наличием субъективных симптомов: боль (ноющая, тупая, мозжащая), ощущение пульсации, пульсирующей боли, ощущение стеснения, сдавления, тяжесть в ногах, быстрая утомляемость ног, ощущение отека, судороги, кожный зуд, ощущение беспокойства в ногах, ощущение покалывания, ощущение жара или жжения. Нередко варикозным венам сопутствует наличие сосудистых «звездочек» (телангиэктазов) и «сеточек» (ретикулярных вен). Эти сосудистые элементы представляют собой сугубо эстетическую проблему и широко распространены даже в отсутствие варикозной болезни, у здоровых людей. Осложнением варикозной болезни является хроническая венозная недостаточность, которая проявляется отеками и трофическими нарушениями, вплоть до формирования венозной трофической язвы.

Варикозная болезнь является неуклонно прогрессирующим заболеванием, которое при отсутствии своевременного лечения может приводить к формированию осложнений. Установлено, что при наличии варикозной болезни ежегодная вероятность появления новых варикозных вен достигает 25%, вероятность появления отека и трофических нарушений достигает 5%, вероятность возникновения трофической язвы – до 1% и опасность возникновения тромбоза – до 1,3%.

Сформировавшиеся варикозные вены могут быть устранены только путем хирургического удаления, термической и нетермической облитерации или склерозирования. На сегодняшний день отсутствуют безоперационные методы ликвидации варикозных вен. Любые способы нехирургического лечения направлены лишь на устранение субъективных симптомов, которые могут сопровождать наличие варикозных вен. Устранение варикозных вен необходимо для профилактики дальнейшего прогрессирования заболевания, снижения риска возникновения возможных осложнений,

улучшения внешнего вида, уменьшения выраженности субъективных симптомов и улучшения качества жизни.

Патологический сброс крови (рефлюкс) из глубоких вен в варикозно измененные подкожные вены приводит к депонированию (застою) в них крови и к последующей перегрузке поверхностных и глубоких вен объемом. Это способствует прогрессированию заболевания и возникновению осложнений. Поэтому устранение источника сброса (рефлюкса) и устранение варикозных вен являются критически важными компонентами лечения варикозной болезни. Удаление подкожных вен не может ухудшить функцию венозного оттока, т.к. в пораженных венах отсутствует правильный направленный к сердцу кровоток.

Для удаления источников патологического сброса крови и варикозных вен могут использоваться различные методы и их комбинации: удаление, эндовазальная лазерная облитерация (ЭВЛО), радиочастотная облитерация (РЧО), цианоакрилатная облитерация (ЦАО), механохимическая облитерация (МХО) и склерооблитерация (склеротерапия). Все методы эффективны и выбор конкретного способа лечения основывается на опыте и предпочтениях врача, а также технической оснащенности медицинского учреждения. К сожалению, любой метод лечения не гарантирует пожизненный результат. После проведенного оперативного вмешательства частота возникновения новых варикозных вен через 3 года достигает 30%, а через 5 лет – 50%. Это связано с сохранением наследственно обусловленной слабости венозной стенки и продолжающимся воздействием провоцирующих факторов. Вместе с тем, корректно проведенное лечение в значительной степени снижает риск развития осложнений варикозной болезни, рецидив в большинстве случаев долгое время имеет лишь косметическое значение и может быть ликвидирован с помощью минимально инвазивного вмешательства (склерооблитерация). Повторное устранение варикозных вен может быть выполнено неограниченное число раз на протяжении всей жизни.

Улучшение функции венозного оттока после проведения оперативного лечения, как правило, приводит к уменьшению или полному исчезновению субъективных симптомов. Однако, в ряде случаев жалобы могут сохраняться после операции, что связано с системным характером поражения венозной стенки. В таких ситуациях может быть назначена консервативная терапия в виде регулярного курсового приема флеботропных препаратов, использования медицинского компрессионного трикотажа, проведения физиотерапевтических процедур (электрическая стимуляция мышц голени),

лечебной физкультуры и пр. К сожалению, ни один из методов консервативного лечения, применяемых в послеоперационном периоде, не влияет на риск рецидива варикозных вен.

Открытое оперативное вмешательство (комбинированная флебэктомия, кроссэктомия, стриппинг, минифлебэктомия) обычно проводится в стационаре, стационаре одного дня или в амбулаторных условиях под местной анестезией, проводниковой анестезией, спинальной анестезией или под наркозом. Операция заключается в ликвидации основных путей сброса крови в подкожные вены и устранении варикозного синдрома путем обнажения вен через маленькие разрезы и/или их удаления через проколы кожи, располагающиеся по ходу вены на разном расстоянии друг от друга. Количество разрезов и проколов кожи зависит от выраженности варикозной трансформации. По окончании вмешательства, на кожные разрезы могут накладываться швы или использоваться другие способы сведения краев раны, а проколы кожи могут не ушиваться. В периоде подготовки к открытому хирургическому вмешательству и после его выполнения следует помнить простые правила:

1. В течение 7–10 дней до операции Вы должны пройти предоперационное обследование, назначенное Вашим хирургом. Обычно это рутинные лабораторные и инструментальные методы диагностики. Объем предоперационного обследования определяют внутренние правила конкретного лечебного учреждения, он может существенно варьировать.
2. Если Вы принимаете антикоагулянты или антитромбоцитарные препараты, обязательно предупредите лечащего врача об этом за неделю до операции.
3. За несколько недель до операции Вам могут быть назначены флеботропные лекарственные средства в стандартных дозировках с целью ускорения реабилитации в послеоперационном периоде.
4. При проведении вмешательства в условиях стационара Вы можете провести там несколько дней, поэтому возьмите с собой свободную удобную одежду и удобную обувь. Вы можете использовать хлопковое белье. Принесите все лекарства, которые вы принимаете. Если Вы используете очки или слуховой аппарат – необходимо взять их с собой. Возьмите туалетные принадлежности.
5. Поинтересуйтесь у лечащего врача, требуется ли к операции компрессионный трикотаж или эластичные бинты. Не забудьте взять их с собой, эти изделия могут потребоваться в операционной, после завершения процедуры.
6. Вас могут попросить побрить ноги и область паховых складок и промежности. В этом случае необходимо побрить ноги за день до вмешательства. Данный вопрос согласуется с лечащим врачом, также согласуется, требуется ли очистка от волос

паховых складок. Вместо бриться могут использоваться кремы для депиляции. В течение суток до операции не наносите на оперируемую конечность масла, лосьоны, крема. Утром в день операции нужно принять душ.

7. При выполнении операции под спинальной анестезией или под наркозом последний прием пищи осуществите накануне вечером, а утром в день операции ничего не ешьте. Последний прием жидкости обычно допускается за 2–4 часа до операции, однако, это стоит уточнить у лечащего врача или анестезиолога. О возможности принять необходимые лекарственные средства утром в день операции проконсультируйтесь у своего лечащего врача или анестезиолога.
8. После операции соблюдайте указания хирурга и анестезиолога
9. В течение первых 12–24 часов после операции возможна кровоточивость ран. Чаще всего это небольшие по объему выделения крови в виде пятен на повязке или трикотаже. Не должно быть значительного пропитывания повязки или наклеек кровью и ее подтекания. О таких событиях необходимо сообщить оперировавшему хирургу или представителю лечебного учреждения.
10. На протяжении нескольких месяцев Вас могут беспокоить «утолщения», «уплотнения» либо «бугорки» в зоне проведения операции, которые самостоятельно исчезнут.
11. Первую перевязку обычно выполняют на следующий день после операции, а затем - при необходимости. Техника перевязок, их частота обсуждается с оперирующим хирургом
12. Возможность и сроки принятия душа после операции зависит от вида закрытия послеоперационных ран. Проконсультируйтесь на этот счет у оперирующего хирурга.
13. После операции Вам может быть рекомендовано использование бандажа из эластичных бинтов или медицинского компрессионного трикотажа на протяжении определенного времени. Срок использования эластической компрессии Вам следует обсудить с оперирующим хирургом.
14. В послеоперационном периоде Вам могут быть назначены флеботропные лекарственные средства, которые позволят ускорить реабилитацию. Режим дозирования и длительность курса регулируется оперирующим хирургом.
15. Вы можете начать ходить, как только закончится действие анестезии или наркоза (по согласованию с врачом анестезиологом-реаниматологом). Движения в оперированной конечности должны быть полноценными – сгибание в

голеностопном, коленном суставах. Вы не должны бояться, что при ходьбе у Вас что-то произойдет. В течение первого месяца после операции Вы вернетесь к своим повседневным физическим нагрузкам.

16. Возможность управления автомобилем и осуществления других видов деятельности, требующих повышенного внимания и концентрации, зависит не только от факта проведения операции, наложенного на конечность бандажа, но и от применяемых в ходе операции медикаментов. Проконсультируйтесь у лечащего врача о сроках возврата к подобной деятельности.
17. При планировании операции следует предусмотреть возможность для избегания значительных физических и/или статических нагрузок на протяжении 2–3 недель после вмешательства.
18. Выполняйте все рекомендации данные Вашим оперирующим хирургом.
19. При проведении открытого хирургического вмешательства может возникать ряд нежелательных реакций и осложнений: болевой синдром (очень часто), внутрикожные кровоизлияния (часто), повреждение нервов (часто), кровотечение (редко), лимфоррея и лимфоцеле (редко), раневая инфекция (редко), повреждение глубокой вены (очень редко), тромбоз глубоких вен (редко), легочная эмболия (очень редко), стойкие неврологические нарушения (редко), хронический отек вследствие травмы лимфатических коллекторов (очень редко). О риске возникновения осложнений и их последствиях проконсультируйтесь у оперирующего хирурга.
20. В тех случаях, когда у Вас появились признаки большого кровотечения, инфекционных осложнений (повышение температуры тела, покраснение в области послеоперационных ран), боли в икроножных мышцах, отеки нижних конечностей, боли за грудиной, одышка, или какие-нибудь другие расстройства – обратитесь за помощью к Вашему оперирующему хирургу либо в скорую медицинскую помощь.

Эндовенозная термическая облитерация представляет собой малоинвазивный (без разрезов) метод хирургического вмешательства, который может быть выполнен в стационарных или амбулаторных условиях под местной анестезией, проводниковой анестезией, регионарной анестезией или под наркозом. Целью термической облитерации является «спаивание» или «заваривание» вены изнутри, что приводит к прекращению кровотока по ней и последующему ее полному рассасыванию. Термической облитерации подвергаются магистральные подкожные вены (большая и малая подкожные вены) и перфорантные вены. Задачей лечения является прекращение сброса крови из системы

глубоких вен в поверхностные. В то же время, за исключением определенных случаев, термической облитерации не подвергаются видимые глазом варикозные притоки. Для их устранения может быть дополнительно использована минифлебэктомия (удаление вены через проколы кожи с помощью специального инструмента), склеротерапия (введение в вену специальных веществ, вызывающих их «склеивание»). В ряде случаев после проведения термооблитерации варикозные вены могут полностью спадаться самостоятельно, что позволяет обойтись без их целенаправленного устранения.

Для проведения термической облитерации целевая вена пунктируется под ультразвуковым наведением, в ее просвет вводится лазерный световод или радиочастотный катетер, который проводится по всей длине вены и устанавливается у ее устья. Далее, посредством неоднократных инъекций вокруг вены вводится обезболивающий раствор, создающий своеобразную «подушку», обеспечивающую плотное соприкосновение стенки вены с источником теплового излучения, а также защищающую окружающие ткани от возможного повреждения. По завершению подготовительного этапа начинается непосредственный процесс термического воздействия на стенку вены. В течение этого периода хирург руками или с помощью специального устройства медленно извлекает световод или катетер из вены, обеспечивая тем самым термическую обработку сосуда на всем протяжении. По окончании процесса термической облитерации операция может быть завершена или может быть начат второй этап, нацеленный на устранение варикозных притоков. В периоде подготовки к эндовазальной термооблитерации и после ее выполнения следует помнить простые правила:

1. Перед вмешательством оперирующему хирургу необходимо убедиться в состоянии Вашего здоровья и отсутствии противопоказаний к оперативному лечению, для чего может потребоваться выполнение ряда рутинных лабораторных и инструментальных методов обследования, число и характер которых определяется наличием у Вас сопутствующей патологии, объемом предстоящего вмешательства и предполагаемым видом обезболивания. Вам следует в обязательном порядке сообщить оперирующему хирургу о наличии хронических заболеваний внутренних органов, инфекционных заболеваний (ВИЧ-инфекция, гепатиты В, С, сифилис и др.), злокачественного новообразования, болезней системы кровообращения.
2. Эндовенозная термическая облитерация в большинстве случаев выполняется под местной анестезией, поэтому, если Вы страдаете аллергией на местные анестетики

- (прокаин**, лидокаин**) или ранее отмечали побочные реакции при выполнении местной анестезии, обязательно сообщите об этом оперирующему хирургу.
3. Если Вы принимаете антикоагулянты или антитромбоцитарные препараты, обязательно предупредите об этом оперирующего хирурга.
 4. За несколько недель до вмешательства Вам могут быть назначены флеботропные препараты в стандартных дозировках с целью уменьшения риска возникновения и тяжести нежелательных реакций (болевого синдром, внутрикожные кровоизлияния и пр.).
 5. Поинтересуйтесь у лечащего врача, требуется ли к операции компрессионный трикотаж. Не забудьте взять его с собой, он может потребоваться в операционной после завершения процедуры.
 6. Необходимо побрить ноги за день до вмешательства. Поинтересуйтесь у лечащего врача, требуется ли очистка от волос паховых складок. Не используйте масла, лосьоны, крема. Утром в день операции нужно принять душ.
 7. При выполнении операции под местной анестезией Вы можете легко позавтракать и пить воду утром накануне операции.
 8. При выполнении операции под спинальной анестезией или под наркозом последний прием пищи осуществите накануне вечером, а утром в день операции ничего не ешьте. Последний прием жидкости обычно допускается за 2–4 часа до операции, однако, это стоит уточнить у лечащего врача или анестезиолога. О возможности принять необходимые лекарственные средства утром в день операции проконсультируйтесь у своего лечащего врача или анестезиолога.
 9. Длительность операции и зависит от индивидуальных особенностей анатомии венозного русла и выбранного метода устранения варикозных притоков. Выполнение минифлебэктомии после завершения термооблитерации увеличивает общую продолжительность вмешательства.
 10. При выполнении вмешательства под местной анестезией Вы сохраните свою активность. Сразу после операции Вам может быть рекомендована пешая прогулка длительностью 20–40 минут. Движения в оперированной конечности должны быть полноценными – сгибание в голеностопном, коленном суставах. Вы не должны бояться, что при ходьбе у Вас что-то произойдет.
 11. При выполнении вмешательства под спинальной анестезией или под наркозом Вы сможете ходить сразу по окончании действия обезболивания по согласованию с врачом анестезиологом-реаниматологом.

12. В течение первых суток после операции Вы можете отметить увлажнение повязки или компрессионного чулка в зоне выполненной анестезии, что является следствием вытекания введенного раствора через проколы кожи. Опасаться этого не стоит.
13. В связи с отсутствием операционных ран Вы можете принять душ на следующей день после вмешательства. При дополнительно выполненной минифлебэктомии или склеротерапии возможность водных процедур следует обсудить с оперирующим хирургом.
14. Практически сразу после операции Вы можете вернуться к своей работе и повседневной активности. Возможность занятия трудом, сопряженным с длительными статическими нагрузками или большими физическими усилиями, а также занятия спортом следует обсудить с оперирующим хирургом. При планировании операции следует предусмотреть возможность избежать значительных физических и/или статических нагрузок на протяжении 2–3 недель после вмешательства.
15. Возможность управления автомобилем и осуществления других видов деятельности, требующих повышенного внимания и концентрации, зависит не только от факта проведения операции, наложенного на конечность биндажа, но и от применяемых в ходе операции медикаментов. Проконсультируйтесь у лечащего врача о сроках возврата к подобной деятельности.
16. После операции Вам может быть рекомендовано использование биндажа из эластичных бинтов или медицинского компрессионного трикотажа на протяжении определенного времени. Срок использования эластической компрессии Вам следует обсудить с оперирующим хирургом.
17. В первую неделю после операции Вас могут беспокоить боли низкой или умеренной интенсивности в зоне выполненной операции. При наличии серьезного дискомфорта, ограничивающего повседневную активность или препятствующего глубокому сну, вы можете использовать медикаментозные средства для снятия неприятных ощущений. О предпочтительном характере медикаментозного обезболивания проконсультируйтесь оперирующего хирурга.
18. На протяжении месяца Вас могут беспокоить ощущения пульсации, «наливания крови», неинтенсивные тянущие боли по ходу облитерированной вены, что является закономерным проявлением процесса ее рассасывания. Не стоит беспокоиться по этому поводу.

19. В послеоперационном периоде Вам могут быть назначены флеботропные препараты, которые позволят снизить выраженность нежелательных последствий вмешательства. Режим дозирования и длительность курса регулируется оперирующим хирургом.
20. Выполняйте все рекомендации данные Вашим оперирующим хирургом.
21. При проведении эндовазальной термической облитерации может возникать ряд нежелательных реакций и осложнений: болевой синдром (часто), внутрикожные кровоизлияния (очень часто), гематома (редко), повреждение нервов (часто), ожоги кожи (чрезвычайно редко), воспаление подкожных вен (часто), гиперпигментация (часто), тромбоз глубоких вен (очень редко), термически индуцированный тромбоз глубоких вен (редко), легочная эмболия (очень редко), острое нарушение мозгового кровообращения (чрезвычайно редко), возникновение артерио-венозной фистулы (чрезвычайно редко). О риске возникновения осложнений и их последствиях проконсультируйтесь у оперирующего хирурга.
22. В тех случаях, когда у Вас появились признаки кровотечения, инфекционных осложнений (повышение температуры тела, покраснение в области послеоперационных ран), боли в икроножных мышцах, отеки нижних конечностей, боли за грудиной, одышка, или какие-нибудь другие проблемы – обратитесь за помощью к Вашему оперирующему хирургу, либо в скорую медицинскую помощь.

Нетермические методики облитерации вен (механохимическая и клеевая) представляют собой малоинвазивных хирургических вмешательств, выполняемые в стационарных или амбулаторных условиях, операции не предусматривают использования местной анестезии или наркоза. Целью их является «склеивание» просвета подкожной вены, что достигается применением специального клея при клеевой облитерации, либо введением склерозанта с предварительным неинтенсивным механическим повреждением внутренней выстилки сосуда при механохимической облитерации. Как правило, облитерации подвергаются магистральные подкожные вены (большая и малая подкожные вены). Задачи лечения аналогичны с эндовенозной облитерацией.

1. Для проведения нетермических методов целевая вены пунктируется под ультразвуковым наведением, в ее просвет вводится катетер доставки клея или специальный катетер с режущими кромками, инструмент проводится по всей длине вены и устанавливается у ее устья. Далее, посредством введения клея и последующей компрессии датчиком или рукой хирурга достигается плотное склеивание сосуда. При механохимической облитерации в устье вены раскрываются режущие кромки, представляющие небольшие выступы из тонкой

проволоки, инструмент проводится по вене с параллельным введением пенной формы склерозанта. Режущие кромки закрываются перед извлечением катетера из вены.

2. Период подготовки к нетермическим вмешательствам и послеоперационный период сходны с эндовенозными термическими вмешательствами и требуют соблюдения несложных правил:
3. В предоперационном периоде проводится оценка состояния пациента, выполняются необходимые обследования и диагностические процедуры.
4. Методики не предусматривают обязательного использования анестетиков, однако, если Вы страдаете аллергией на медикаменты (в особенности прокаин**, лидокаин**), отмечали нежелательные реакции при выполнении процедур и операций, связанных с выполнением местной анестезии, обязательно сообщите об этом оперирующему хирургу.
5. Уведомите врача о принимаемых препаратах.
6. За несколько дней перед вмешательством могут назначаться флеботропные препараты с целью уменьшения риска возникновения нежелательных реакций (гематом, болевого синдрома и пр.).
7. Уточните у лечащего врача, планируется ли использование компрессионного трикотажа или эластичных бинтов после операции. Их применение при подобных вмешательствах выполняется не всегда. Не забудьте взять компрессионные изделия с собой, они потребуются сразу после завершения процедуры.
8. Вмешательства не предусматривают обязательного бритья ноги перед операцией. Не используйте масла, лосьоны, крема. Утром в день операции примите душ.
9. Перед операцией за 1-2 часа Вы можете легко позавтракать, пить воду перед операцией разрешено, воздержитесь от приема пищи и воды непосредственно перед процедурой за 20-30 минут.
10. Как правило, нетермические операции непродолжительны, но в каждом отдельном случае длительность зависит анатомических особенностей и объема работы с варикозными притоками.
11. Операция значительно не снизит Вашу двигательную активность, по завершении Вам может быть рекомендована прогулка длительностью 20–40 минут. Сохраняйте при этом полный объем движений в голеностопном и коленном суставах.

12. В течение первых суток возможно выделение сукровицы и кровянистой жидкости из доступов, увлажнение наложенной повязки, компрессионного чулка. Это не опасно и не требует специальных перевязок.
13. Вы можете принять душ на следующий день после операции. При сохранении выделения сукровицы из операционного доступа Вы можете использовать пластырную повязку. В случае аллергии на пластырь используйте бинт.
14. После операции Вы сможете вернуться к повседневной активности и работе. Возможность длительных статических или интенсивных физических нагрузок, а также занятий спортом следует обсудить с лечащим врачом. Учитывайте возможность ограничений интенсивных нагрузок на 2-3 недели при выборе даты операции.
15. Выполнение операции не оказывает влияния на концентрацию внимания, не ограничивает возможность управления транспортным средством. Возможны ограничения при использовании дополнительных медикаментов, уточните данный факт у лечащего врача.
16. В послеоперационном периоде Вам может быть предложено использование компрессионного трикотажа или эластичных бинтов, как правило, длительность использования ограничивается одной – двумя неделями дневного ношения, в первые сутки – круглосуточным. Длительность использования компрессии зависит от принятого протокола профилактики нежелательных явлений, объема вмешательства, выполнения склеротерапии притоковых вен.
17. В послеоперационном периоде возможно возникновение неинтенсивной боли в зоне вмешательства, ощущений пульсации, тянущих явлений по ходу сосуда, воспринимаемых как «тяж», с целью снижения выраженности данных проявлений лечащий врач может предложить использование противовоспалительных средств.
18. Через 1 -3 недели в проекции целевой вены может появиться пигментация – неяркая коричневая окраска кожи. Подобные изменения, как правило, исчезают самостоятельно в различные сроки от 2-3 месяцев до года, не требуют дополнительных лечебных процедур.
19. В послеоперационном периоде Вам могут быть назначены флеботропные препараты, снижающие выраженность нежелательных последствий вмешательства. Режим дозирования и длительность курса регулируется лечащим врачом.
20. Выполняйте все рекомендации данные Вашим оперирующим хирургом.
21. При проведении нетермических операций может возникать ряд нежелательных реакций и осложнений: болевой синдром (часто), внутрикожные кровоизлияния

(часто), гематома (редко), воспаление подкожных вен (флебит) (часто), флебитоподобные реакции (редко), гиперпигментация (часто), тромбоз глубоких вен (очень редко), пролабирование (выпячивание) клея в глубокие вены (очень редко), повреждение нервов (очень редко), легочная эмболия (очень редко), острое нарушение мозгового кровообращения (чрезвычайно редко), возникновение артерио-венозной фистулы (чрезвычайно редко). О риске возникновения осложнений и их последствиях проконсультируйтесь с лечащим врачом.

22. В случае возникновения осложнений обратитесь за помощью к Вашему оперирующему хирургу, либо в скорую медицинскую помощь.

Склеротерапия (флебосклерозирование, склерооблитерация) - метод удаления варикозных вен, заключающийся в инъекционном (с помощью шприца и иглы) введении в их просвет специальных препаратов-склерозантов. Метод относится к малоинвазивным (без разрезов) способам лечения варикозной болезни.

Флебосклерозирующие препараты (или склерозанты - специально разработанные вещества на основе спиртов) предназначены для внутривенного введения. Склерозанты вызывают разрушение внутреннего (эндотелиального) слоя вены и ее значительное сужение, что создает условия для склерооблитерации (склеивания) и полного закрытия венозного сосуда. Препарат, его концентрация и объем подбираются врачом индивидуально для каждого пациента. При правильном использовании склерозант вызывает только местное действие и его общее токсическое воздействие на организм исключено. При попадании небольшого количества склерозанта в глубокую венозную систему происходит его быстрое растворение (кровоток в глубоких венах намного выше, чем в поверхностных) без местного и общего повреждающего действия. Сразу после воздействия склерозанта в просвете вены формируется специфический сгусток («склеротромб», «коагула»), в результате чего сосуд становится плотным, слегка болезненным. Далее начинается процесс рассасывания вены, который может занимать 2–6 месяцев, в течение которых происходит формирование тонкого соединительнотканного тяжа и его практически полное исчезновение через 1–1,5 года. Обычно сеансы склеротерапии проводятся один раз в неделю. Продолжительность лечения зависит от стадии и формы заболевания и определяется лечащим врачом. Положительный косметический результат лечения проявляется не ранее, чем через 2–8 недель после окончания склеротерапии.

Для устранения варикозной болезни могут применяться различные разновидности склеротерапии и их комбинация: склеротерапия жидкой и пенной формой склерозанта,

склеротерапия под ультразвуковым наведением, катетерная склеротерапия. Склерозированию могут подвергаться варикозные притоки, стволы большой и малой подкожной вен, перфорантные вены. Вид и способ склеротерапии определяет лечащий врач. Процедура склеротерапии заключается в пункции вены иглой различного диаметра, что зависит от калибра сосуда, и внутрисосудистом введении препарата. Процедура может быть слегка болезненной, но специального обезболивания не требует. Во время введения препарата могут наблюдаться ощущения покалывания, жжения по ходу вены. Количество инъекций на один сеанс определяется индивидуально исходя из степени поражения и максимально допустимого количества препарата. В ряде случаев может применяться катетерная склеротерапия. В этом случае в просвет вены через прокол кожи под ультразвуковым наведением вводится специальный катетер, через который подают склерозант. В процессе введения препарата катетер перемещают вдоль вены, обеспечивая полноценный контакт агента с ее стенкой на всем протяжении. Иногда, процедура склеротерапии может сопровождаться обкалыванием вены специальным раствором с целью обеспечения более плотного контакта ее внутренней оболочки со склерозирующим агентом.

В периоде подготовки к склеротерапии и после ее выполнения следует помнить простые правила:

1. Склеротерапия является безопасным методом лечения с минимальным количеством противопоказаний, поэтому, подготовка к ней обычно не подразумевает проведения дополнительных методов обследования. Однако, в ряде случаев лечащему врачу может потребоваться дополнительная информация о состоянии Вашего здоровья, и он может назначить ряд лабораторных и инструментальных тестов.
2. Пенная склеротерапия опасна для лиц с наличием врожденных пороков сердца, сопровождающихся шунтированием крови «справа-налево» (например, открытое овальное окно в межпредсердной перегородке). Если вы имеете подтвержденный порок сердца или ранее при проведении склеротерапии отмечали появление неврологических симптомов (двоение в глазах, выпадение полей зрения, нарушения речи, мигрене-подобные головные боли) в обязательном порядке предупредите об этом Вашего лечащего врача. Подобные явления не обязательно являются противопоказанием к повторной склеротерапии, но должны быть приняты лечащим врачом во внимание.
3. Если Вы принимаете антикоагулянты или антитромбоцитарные препараты, обязательно предупредите об этом лечащего врача.

4. Важное значение имеет прием гормональных препаратов (гормональные контрацептивы, препараты гормон-заместительной терапии, средства для лечения гормонозависимых опухолей), препаратов для лечения алкогольной зависимости (, дисульфирам), антибиотиков (миноциклин). Обязательно обсудите эти вопросы при планировании склеротерапии.
5. Сразу после проведения процедуры на Вашу ногу будет наложен бандаж из эластичных бинтов и/или надет медицинский компрессионный трикотаж. В зависимости от формы поражения и вида склеротерапии Вам будет необходимо использовать компрессию в круглосуточном или ежедневном режиме на протяжении установленного времени. Уточните у своего лечащего врача режим эластической компрессии (когда можно первый раз снимать бинт или чулок и мыть ногу, как долго необходимо спать в компрессии и на протяжении какого срока использовать ее непрерывно) и строго следуйте его предписаниям.
6. Сразу после процедуры Вам будет рекомендована пешая прогулка на протяжении 30–40 минут. Уделите этой прогулке должное внимание, т.к. она необходима для полноценной эвакуации препарата из глубоких вен и для предотвращения образования в них тромбов. Во время прогулки следует полноценно сгибать ногу в коленном и голеностопном суставах и сокращать икроножную мышцу.
7. В редких случаях у пациентов с большим объемом варикозного поражения вен в первые сутки после склеротерапии появляется чувство легкого недомогания и/или головокружения, повышается температура тела до 37–38 °С. Эти изменения самочувствия быстро проходят после приема нестероидных противовоспалительных препаратов (АТХ: М01А, нестероидные противовоспалительные и противоревматические препараты) (например, ацетилсалициловая кислота**, ибупрофен**). При головокружении необходимо несколько минут посидеть или полежать. Обо всех изменениях самочувствия на время прохождения курса склеротерапии необходимо информировать Вашего лечащего врача.
8. В первый раз после снятия компрессионного бандажа или медицинского трикотажа Вы можете обнаружить кровоизлияния в области выполненных инъекций, потемнение кожи, наличие припухших и болезненных вен. Данные реакции являются типичным последствием склеротерапии, поэтому не стоит их опасаться.
9. Уплотнения, легкая болезненность, потемнение кожи по ходу варикозных вен могут сохраняться на протяжении нескольких месяцев.

10. Если у Вас сухая кожа или появилось ее раздражение от эластических бинтов, нужно смазать ноги после мытья любым, удобным для Вас питательным кремом.
11. Если у Вас появляется отек в области голеностопного сустава или болевые ощущения, чувство «распираания» в ноге (в первые сутки после сеанса склеротерапии), то необходимо снять бинт, расправить все складки бинта и, если это рекомендовано лечащим врачом, полностью перебинтовать ногу, но не ранее чем через 2 часа после сеанса. Далее, желательно пройтись в течение 30–60 минут. При использовании медицинского компрессионного трикотажа подобные ситуации возникают редко.
12. Компрессионные изделия необходимо регулярно менять. Частота их смены определяется производителем, поэтому следуйте в этом вопросе официальной инструкции. При круглосуточном использовании трикотажа удобно иметь два комплекта компрессионных изделий.
13. На весь период лечения врачом могут быть не рекомендованы горячие ванны, бани, сауны, любые другие тепловые и солнечные процедуры (включая солярий), а также «разогревающие» мази, компрессы; массаж ног; силовая физическая нагрузка (тренажеры с отягощениями); подъем тяжестей, ношение тяжелых сумок. Отнеситесь к этим ограничениям с вниманием.
14. Для уменьшения выраженности побочных реакций склеротерапии Вам может быть рекомендован прием флеботропных лекарственных средств в стандартных дозировках в период выполнения склеротерапии.
15. Необходимость снимать компрессионный бандаж или медицинский трикотаж перед проведением очередного сеанса склеротерапии уточните у своего лечащего врача.
16. При проведении склеротерапии может возникать ряд нежелательных реакций и осложнений: аллергические реакции (чрезвычайно редко), глубокие некрозы кожи (чрезвычайно редко), поверхностные некрозы кожи (редко), гиперпигментация (часто), вторичные телеангиоэктазии (часто), повреждение нервов (чрезвычайно редко), дыхательные нарушения: затруднение вдоха, тяжесть за грудиной, кашель, чувство саднения, жжения в дыхательных путях (часто), неврологические нарушения: мигрене-подобные боли, нарушения зрения, речи (редко), транзиторные ишемические атаки и нарушения мозгового кровообращения (чрезвычайно редко), флебит подкожных вен (редко), симптоматический тромбоз глубоких вен и легочная эмболия (очень редко). О риске возникновения

осложнений и их последствиях проконсультируйтесь у своего лечащего врача перед началом лечения.

17. В тех случаях, когда у Вас появились признаки кровотечения, инфекционных осложнений (повышение температуры тела, покраснение в области послеоперационных ран), боли в икроножных мышцах, отеки нижних конечностей, боли за грудиной, одышка, или какие-нибудь другие проблемы – обратитесь за помощью к Вашему оперирующему хирургу, либо в скорую медицинскую помощь.

Приложение Г1-ГН. Шкалы оценки, вопросники и другие оценочные инструменты состояния пациента, приведенные в клинических рекомендациях

Приложение Г1. VCSS (Revised Venous Clinical Severity Score, rVCSS) - шкала оценки тяжести ХЗВ

Оригинальное название- Revised Venous Clinical Severity Score

Источник (официальный сайт разработчиков, публикация с валидацией):
<http://www.veinforum.org/wp-content/uploads/2019/05/Revised-VCSS-AVF.pdf>

Тип- шкала оценки

Назначение- шкала была разработана специальным комитетом Американского Венозного Форума в 2000 году (пересмотрена в 2010) в качестве дополнения классификации CEAP и является инструментом оценки состояния пациента при динамическом наблюдении.

Содержание: В шкале представлено десять основных признаков ХЗВ, степень выраженности каждого из которых оценивается числом баллов от «0»- полное отсутствие симптомов, до «3»- максимальная выраженность симптомов.

Интерпретация: результаты представлены в виде суммы всех баллов, максимальное количество баллов-30, минимальное-0

Признак	0 баллов	1 балл	2 балла	3 балла
Боль	Отсутствие	Редкая боль или другой дискомфорт, не ограничивающая повседневную активность	Ежедневная боль или другой дискомфорт, влияющая, но значительно не ограничивающая повседневную активность	Ежедневная боль или дискомфорт, значительно ограничивающая активность
Варикозные вены (диаметром ≥ 3 мм в вертикальном положении тела)	Отсутствие	Единичные разбросанные (изолированные варикозные притоки) и/или флебэктатическая корона	Варикозные вены на бедре или голени	Варикозные вены на бедре и голени
Отек	Отсутствие	Ограничен стопой и голеностопным суставам	Распространяется выше голеностопного сустава но ниже колена	Распространяется выше колена

Пигментация (без учета локальной пигментации над варикозными венами и другой этиологии)	Отсутствие или точечная, низкоинтенсивная (светло-коричневая, цвет загара)	Локальная, ограниченная областью вокруг лодыжки	Диффузная ограниченная нижней третью голени	Диффузная выходящая за пределы нижней трети голени
Воспаление (эритема, экзема, дерматит, целлюлит)	Отсутствие	Локальное, ограниченное областью вокруг лодыжки	Диффузное ограниченное нижней третью голени	Диффузное выходящее за пределы нижней трети голени
Индурация (индуративный отек, гиподермит) в т.ч. белая атрофия и липодерматосклероз	Отсутствие	Локальная, ограниченная областью вокруг лодыжки	Диффузная ограниченная нижней третью голени	Диффузная выходящая за пределы нижней трети голени
Активная язва (количество)	0	1	2	≥3
Максимальное время существования открытой язвы	нет	Менее 3 мес.	3 мес. – 1 год	1 год и более
Максимальный размер язвы	нет	Менее 2 см ²	2–6 см ²	Более 6 см ²
Использование компрессионной терапии	Не используется	Периодическая	Большая часть дня	Целый день

Приложение Г2. Опросник CIVIQ для оценки качества жизни пациента с хроническим заболеванием вен [110]

Оригинальное название- The ChronIc Venous Insuficiency quality of life Questionnaire

Источник (официальный сайт разработчиков, публикация с валидацией):

<https://www.civiq-20.com/>

Тип- вопросник

Назначение- опросник CIVIQ относится к веноспецифическим опросникам и предназначен для оценки качества жизни у пациентов с хроническим заболеванием вен

Содержание: опросник состоит из двадцати вопросов, на каждый предложено пять вариантов ответов в зависимости от степени выраженности симптома (от 1- «слабо» до «5»- максимально из возможного»

Интерпретация: результат оценки качества жизни по CIVIQ 20 выводится в виде обобщенного индекса (GIS- Global Index Score).

Для опросника рассчитываются S – сумма баллов; m – минимальная теоретическая сумма баллов при минимальных баллах по каждому вопросу; М – максимальная теоретическая сумма баллов при максимальных баллах по каждому вопросу.

Обобщенный индекс= (S - m) / (М - m) x 100

1) В течение последних 4 недель Вы испытывали боль в области лодыжек и голеней, если да, то какой интенсивности? Обведите соответствующую цифру					
Нет боли	Легкая боль	Умеренная боль	Сильная боль	Очень сильная боль	
1	2	3	4	5	
2) Насколько Ваши проблемы с ногами беспокоили Вас на работе или повседневной жизни в течение последних 4 недель? Обведите соответствующую цифру.					
Не беспокоили	Слегка беспокоили	Умеренно беспокоили	Сильно беспокоили	Очень сильно беспокоили	
1	2	3	4	5	
3) В течение последних 4 недель Вы спали плохо из-за проблем с ногами и как часто?					
Обведите соответствующую цифру					
Никогда	Редко	Довольно часто	Очень часто	Каждую ночь	
1	2	3	4	5	
В течение последних 4 недель в какой степени проблемы с ногами беспокоили Вас при выполнении действий, перечисленных ниже? Для каждого определения в списке ниже укажите степень выраженности, отметив выбранное число.					
	Не беспокоили	Слегка беспокоили	Умеренно беспокоили	Сильно беспокоили	Было невозможно выполнить
4) Долго стоять	1	2	3	4	5
5) Подниматься на несколько лестничных пролетов	1	2	3	4	5
6) Низко нагибаться, становиться на колени	1	2	3	4	5
7) Быстро идти	1	2	3	4	5
8) Ехать в транспорте, автомобиле, летать на самолетах	1	2	3	4	5

9) Выполнять работу по дому (заниматься делами на кухне, держать ребенка на руках, гладить, мыть пол и т.п.)	1	2	3	4	5
10) Ходить на прогулки, свадьбы, вечеринки, фуршеты	1	2	3	4	5
11) Заниматься спортом, делать физические	1	2	3	4	5

Проблемы с ногами могут также влиять на Ваше настроение. В какой степени приведенные ниже фразы соответствуют тому, как Вы себя чувствовали в течение последних 4 недель?

Для каждого определения в списке ниже укажите степень соответствия, отметив выбранное число.

	Никогда	Очень редко	Иногда	Очень часто	Всегда
12) Я был (была) взвинчен (а)	1	2	3	4	5
13) Я быстро уставал (а)	1	2	3	4	5
14) Я чувствовал (а), что обременяю других	1	2	3	4	5
15) Я всегда должен был (должна была) предпринимать меры предосторожности	1	2	3	4	5
16) Я стеснялся (лась) показывать свои ноги	1	2	3	4	5
17) Я легко раздражался (лась)	1	2	3	4	5

18) Я чувствовал (а) себя нетрудоспособным (ой)	1	2	3	4	5
19) Мне было трудно начинать двигаться по утрам	1	2	3	4	5
20) У меня не было желания выходить на улицу	1	2	3	4	5

Приложение Г3. Опросник SF36 для оценки качества жизни пациента с хроническим заболеванием вен [109]

Оригинальное название- SF-36 Health Status Survey

Источник (официальный сайт разработчиков, публикация с валидацией): Ware J.E., Snow K.K., Kosinski M., Gandek B. SF-36 Health Survey. Manual and interpretation guide//The Health Institute, New England Medical Center. Boston, Mass. - 1993.

Тип- вопросник

Назначение- SF-36 относится к неспецифическим опросникам для оценки качества жизни. Перевод на русский язык и апробация методики была проведена "Институтом клинико-фармакологических исследований".

Содержание (шаблон): 36 пунктов опросника сгруппированы в восемь шкал: физическое функционирование, ролевая деятельность, телесная боль, общее здоровье, жизнеспособность, социальное функционирование, эмоциональное состояние и психическое здоровье. Показатели каждой шкалы варьируют между 0 и 100, где 100 представляет полное здоровье, все шкалы формируют два показателя: душевное и физическое благополучие.

Ключ (интерпретация): Результаты представляются в виде оценок в баллах по 8 шкалам, составленных таким образом, что более высокая оценка указывает на более высокий уровень КЖ.

1.В целом Вы бы оценили состояние Вашего здоровья (обведите одну цифру):

Отличное	1
Очень хорошее	2

Хорошее	3
Посредственное	4
Плохое	5

2. Как бы Вы в целом оценили свое здоровье сейчас по сравнению с тем, что было год назад (обведите одну цифру):

Значительно лучше, чем год назад	1
Несколько лучше, чем год назад	2
Примерно так же, как год назад	3
Несколько хуже, чем год назад	4
Гораздо хуже, чем год назад	5

3. Следующие Вопросы касаются физических нагрузок, с которыми Вы, возможно, сталкиваетесь в течение своего обычного дня. Ограничивает ли Вас состояние Вашего здоровья в настоящее время в выполнении перечисленных ниже физических нагрузок? Если да, то в какой степени? (обведите одну цифру в каждой строке):

	Да, значительно ограничивает	Да, немного ограничивает	Нет, совсем не ограничивает
А. Тяжелые физические нагрузки, такие как бег, поднятие тяжестей, занятие силовыми видами спорта.	1	2	3
Б. Умеренные физические нагрузки, такие как передвинуть стол, поработать с пылесосом, собирать грибы или ягоды	1	2	3
В. Поднять или нести сумку с продуктами.	1	2	3
Г. Подняться пешком по лестнице на несколько пролетов.	1	2	3
Д. Подняться пешком по лестнице на один пролет.	1	2	3
Е. Наклониться, встать на колени, присесть на корточки.	1	2	3
Ж. Пройти расстояние более одного километра.	1	2	3
З. Пройти расстояние в несколько кварталов.	1	2	3
И. Пройти расстояние в один квартал.	1	2	3
К. Самостоятельно вымыться, одеться.	1	2	3

4. Бывало ли за последние 4 недели, что Ваше физическое состояние вызвало затруднение в Вашей работе или другой обычной повседневной деятельности, вследствие чего (обведите одну цифру в каждой строке):

	Да	Нет
А. Пришлось сократить количество времени, затрачиваемое на работу или другие дела.	1	2
Б. Выполнение меньше, чем хотели.	1	2
В. Вы были ограничены в выполнении какого-либо определенного вида работ или другой деятельности.	1	2
Г. Были трудности при выполнении своей работы или других дел (например, они потребовали дополнительных усилий)	1	2

5. Бывало ли за последние 4 недели, что Ваше эмоциональное состояние вызвало затруднения в вашей работе или другой обычной повседневной деятельности, вследствие чего (обведите одну цифру в каждой строке):

	Да	Нет
А. Пришлось сократить количество времени, затрачиваемое на работу или другие дела	1	2
Б. Выполнение меньше, чем хотели.	1	2
В. Выполнили свою работу или другие дела не так аккуратно, как обычно	1	2

6. Насколько ваше физическое и эмоциональное состояние в течение последних 4 недель мешало Вам проводить время с семьей, друзьями, соседями или в коллективе? (обведите одну цифру):

Совсем не мешало	1
Немного	2
Умеренно	3
Сильно	4
Очень сильно	5

7. Насколько сильную физическую боль Вы испытывали за последние 4 недели? (обведите одну цифру):

Совсем не испытывал(а)	1
Очень слабую	2
Слабую	3
Умеренную	4
Сильную	5
Очень сильную	6

8. В какой степени боль в течение последних 4 недель мешала Вам заниматься Вашей нормальной работой (включая работу вне дома или по дому)? (обведите одну цифру):

Совсем не мешал	1
Немного	2
Умеренно	3
Сильно	4
Очень сильно	5

9. Следующие вопросы касаются того, как Вы себя чувствовали и каким было Ваше настроение в течение последних 4 недель. Пожалуйста, на каждый вопрос дайте один ответ, который наиболее соответствует Вашим ощущениям (обведите одну цифру):

	Все время	Большую часть времени	Часто	Иногда	Редко	Ни разу
А. Вы чувствовали себя бодрым (ой)?	1	2	3	4	5	6
Б. вы сильно нервничали?	1	2	3	4	5	6
В. Вы чувствовали себя таким(ой) подавленным (ой) что ничто не могло Вас взбодрить?	1	2	3	4	5	6
Г. Вы чувствовали себя спокойным (ой) и умиротворенным (ой)?	1	2	3	4	5	6

Д. Вы чувствовали себя полным (ой) сил и энергии?	1	2	3	4	5	6
Е. Вы чувствовали себя упавшим (ой) духом и печальным (ой)?	1	2	3	4	5	6
Ж. Вы чувствовали себя измученным (ой)?	1	2	3	4	5	6
З. Вы чувствовали себя счастливым (ой)?	1	2	3	4	5	6
И. Вы чувствовали себя уставшим (ей)?	1	2	3	4	5	6

10. Как часто за последние 4 недели Ваше физическое или эмоциональное состояние мешало Вам активно общаться с людьми (навещать друзей, родственников и т. п.)? (обведите одну цифру):

Все время	1
Большую часть времени	2
Иногда	3
Редко	4
Ни разу	5

11. Насколько ВЕРНЫМ или НЕВЕРНЫМ представляется по отношению к Вам каждое из нижеперечисленных утверждений?

	Определенно верно	В основном верно	Не знаю	В основном неверно	Определенно неверно
А. Мне кажется, что я более склонен к болезни, чем другие	1	2	3	4	5
Б. Мое здоровье не хуже, чем у большинства моих знакомых	1	2	3	4	5
В. Я ожидаю, что мое здоровье ухудшится	1	2	3	4	5

Г. У меня отличное здоровье	1	2	3	4	5
-----------------------------	---	---	---	---	---

Приложение Г4. Шкала Каприни (Caprini) оценки риска развития венозных тромбоэмболических осложнений у пациентов хирургического профиля [531].

Оригинальное название- Caprini score (Caprini Risk Assessment Model)

Источник (официальный сайт разработчиков, публикация с валидацией): Gould M.K., Garcia D.A., Wren S.M., Karanicolas P.J., Arcelus J.I. Heit J.A., Samama C.M. Prevention of VTE in Nonorthopedic Surgical Patients. Antithrombotic Therapy and Prevention of Thrombosis, 9th ed: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. // Chest. 2012 -141: e227S–e277S.

Тип- шкала

Назначение- Шкала Caprini используется как модель стратификации риска венозных тромбоэмболий у пациентов хирургического профиля.

Содержание (шаблон): Оценка рисков производится по нескольким параметрам (возраст, двигательная активность, индекс массы тела, продолжительность хирургического вмешательства, наличие заболеваний сердечно-сосудистой системы и крови, семейного анамнеза тромбоэмболий и другое), каждому параметру присвоено определенное количество баллов (1–4).

Ключ (интерпретация): Результаты представляются в виде оценки суммы полученных баллов. Градация рисков развития ВТЭО по баллам согласно АССР 2012: 0–1 балл - очень низкий (0,5%); 2 балла - низкий (1,5%); 3–4 балла - умеренный (3%); >5 баллов - высокий (6%).

Критерий	Баллы
Возраст 41–60	1
Варикозные вены	
ИМТ>25 кг/м ²	
Малое хирургическое вмешательство	
Сепсис (давностью до 1 мес.)	
Тяжелое заболевание легких (в т.ч. пневмония давностью до 1 мес.)	
Прием оральных контрацептивов или гормонозаместительная терапия	
Беременность и послеродовой период (до 1 мес.)	
В анамнезе: необъяснимые мертворождения, выкидыши	
Острый инфаркт миокарда	
Хроническая сердечная недостаточность (сейчас или в последний 1 мес.)	
Постельный режим у нехирургического пациента	

Воспалительные заболевания толстой кишки в анамнезе	
ХОБЛ	
Отеки нижних конечностей	
Возраст 61–74 года	2
Артроскопическая хирургия	
Злокачественное новообразование	
Лапароскопическое вмешательство (более 60 мин.)	
Постельный режим более 72 часов	
Иммобилизация конечности (давностью до 1 мес.)	
Катетеризация центральных вен	
Большое хирургическое вмешательство (>45 мин)	3
Возраст старше 75 лет	
Личный анамнез ВТЭО	
Семейный анамнез ВТЭО	
Полиморфизм Vф Лейден	
Полиморфизм гена IIф (протромбин) 20210А	
Гипергомоцистеинемия	
Гепарин-индуцированная тромбоцитопения	
Повышенный уровень антител к кардиолипину	
Волчаночный антикоагулянт	
Другие врожденные или приобретенные тромбофилии	4
Инсульт (давностью до 1 мес.)	
Эндопротезирование крупных суставов	
Перелом костей конечности или таза	
Травма спинного мозга (давностью до 1 мес.)	