



BOALA VARICOASĂ
A EXTREMITĂȚILOR INFERIOARE
LA ADULT

Protocol clinic instituțional



PROTOCOL CLINIC INSTITUȚIONAL
BOALA VARICOASĂ A EXTREMITĂȚILOR
INFERIOARE LA ADULT

Aprobat prin Ordinul IMSP CNAMUP al RM nr. 298 din 20.05.2026 Cu privire la aprobarea Protocolului clinic instituțional Boala varicoasă a extremităților inferioare la adult.

CUPRINS	2
ABREVIERILE FOLOSITE ÎN DOCUMENT	3
SUMARUL RECOMANDĂRILOR	4
PREFAȚĂ	5
A. PARTEA INTRODUCȚIVĂ	5
A.1. Diagnostic	5
A.2. Codul bolii (CIM 10)	5
A.3. Utilizatorii	5
A.4. Obiectivele protocolului	5
A.5. Elaborat	5
A.6. Revizuirea protocolului	5
A.7. Lista persoanelor care au participat la elaborarea PCI	5
A.8. Definițiile folosite în document	6
A.9. Informația epidemiologică	7
B. PARTEA GENERALĂ	8
B.1. Nivel de asistență medicală de urgență prehospitalicească	8
C.1. ALGORITMI DE CONDUITĂ	9
C.1.1. Tratamentul conservativ al pacienților cu BV (fără complicații acute)	9
C.2. DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR ȘI A PROCEDURILOR	9
C.2.1. Conduita pacientului cu BV	9
C.2.2.1. Anamneza	10
C.2.2.2. Manifestările clinice	10
C.2.2.3. Investigațiile paraclinice	13
C.2.2.4. Diagnosticul diferențial	13
C.2.2.5. Criteriile de spitalizare	14
C.2.2.6. Tratamentul	14
C.2.2.6.1. Abordarea pacienților cu boală varicoasă și varice erupte la etapa de prehospital	14
D. RESURSELE UMANE ȘI MATERIALELE NECESARE PENTRU RESPECTAREA PREVEDERILOR DIN PROTOCOL	15
D.1. Subdiviziunile serviciului prehospitalicesc de asistență medicală de urgență	15
E. INDICATORI DE MONITORIZARE A IMPLEMENTĂRII PROTOCOLULUI	15
Anexă 1. Ghidul pacientului cu boală varicoasă	16
Anexă 2. Fișa standardizată pentru auditul medical bazat pe criterii pentru BV	18
BIBLIOGRAFIE	19



ABREVIERILE FOLOSITE ÎN DOCUMENT

ABC-V	Chestionarul calității vieții care estimează povara bolii venoase cronice pentru pacient (<i>engl. Assessment of Burden in Chronic – Venous Disease</i>)
AMP	Asistență medicală primară
AMS	Asistență medicală spitalicească
AMSA	Asistență medicală specializată de ambulator
AMU	Asistență medicală de urgență
BV	Boala varicoasă
BVC	Boala venoasă cronică
CAC	Obliterarea venei cu adeziv de cianoacrilat (<i>eng. Cyanoacrylate Adhesive Closure</i>)
CEAP	Clasificarea bolilor venoase cronice (<i>eng. Clinical, Etiological, Anatomical, Pathophysiological</i>)
CHIVA	Tratamentul conservator și hemodinamic al insuficienței venoase în ambulatoriu (<i>fr. Cure Conservatrice et Hémodynamique de l'Insuffisance Veineuse en Ambulatoire</i>)
CIM	Clasificatorul Internațional al Maladiilor
CMF	Centrul Medicilor de Familie
ECG	Electrocardiografie
IGB	Indice de presiune gleznă-brăț
IMSP	Instituția Medico-Sanitară Publică
MS RM	Ministerul Sănătății al Republicii Moldova
PCN	Protocol Clinic Național
RM	Republica Moldova
SCM	Spital Clinic Municipal
FC	Frecvența cardiacă
FR	Frecvența respiratorie
TA	Tensiunea arterială
UPU	Unitatea de primire urgentă



SUMARUL RECOMANDĂRILOR

- Boala varicoasă (BV) a extremităților inferioare reprezintă una dintre cele mai răspândite patologii ale vaselor periferice, fiind asociată cu o vastă varietate de simptome, ce diminuează capacitatea de muncă a bolnavilor și influențează negativ componentele somatice și psihice ale sănătății acestora.
- Progresarea BV reprezintă un fenomen caracteristic acestei patologii. Agravarea în timp a simptomelor subiective și obiective ale bolii venoase cronice (BVC) se atestă la mai mult de 50% dintre pacienți, iar aproximativ o treime dintre bolnavii cu varice necomplicate timp de 10-15 ani dezvoltă dereglările trofice ale țesuturilor moi ale membrelor inferioare.
- Pacienții cu BV alcătuiesc o importantă rată printre cazurile de spitalizări și intervenții chirurgicale programate și urgente în cadrul secțiilor de chirurgie generală și vasculară.
- Acuzele pacienților cu BV sunt foarte variabile și au un caracter nespecific. Severitatea simptomelor subiective frecvent nu posedă corelație directă nici cu clasa clinică a maladiei și nici cu gradul de exprimare a varicelor și a refluxului venos patologic.
- Variabilitatea și caracterul nespecific al acuzelor în BV explică dificultățile în diferențierea originii cu adevărat venoase a acestora de alte cauze posibile. Cu scop de diagnostic diferențial al etiologiei acuzelor pacientului cu BV poate fi utilizat scorul Carpentier în versiunea originală sau cea modificată.
- Probele funcționale venoase (Trendelenburg, Delbet-Perthes, Hachenbruch, Schwartz, Pratt, „proba cu 3 garouri” și altele) posedă o acuratețea diagnostică insuficientă pentru stabilirea diagnosticului corect și cu atât mai mult pentru planificarea tratamentului.
- Cu scop de evaluare cantitativă a severității simptomelor BV la fiecare pacient individual, precum și pentru monitorizarea evoluției maladiei și aprecierea eficacității tratamentului aplicat se recomandă ca în baza rezultatelor examenului clinic să fie calculat scorul venos de severitate clinică în versiunea sa revizuită – „rVCSS” (*revised Venous Clinical Severity Score*).
- Pacienții cu BV și ulcer venos activ (clasa clinică C6) pot fi spitalizați atât pentru intervenție pe sistem venos cât și pentru tratamentul conservator sau chirurgical local. Pacienții cu complicații acute ale BV – varice erupte complicate cu hemoragie, BV cu tromboză venoasă superficială (varicotromboflebită), necesită a fi investigați în mod urgent de către medicul chirurg pentru acordarea asistenței medicale necesare și deciderea tacticii ulterioare.



PREFAȚĂ

Acest protocol a fost elaborat de grupul de lucru al IMSP CNAMUP, constituit prin Ordinul IMSP CNAMUP nr. 268 din 27.04.2026 „Cu privire la instituirea Comisiei pentru elaborarea, avizarea și actualizarea Protocoalelor Clinice Instituționale (PCI) în cadrul IMSP CNAMUP”, și în conformitate cu Protocolul clinic național PCN-454 Boala varicoasă a extremităților inferioare la adult și cu prevederile Ordinului nr. 101 din 19.02.2026 „Cu privire la implementarea în practică a Metodologiei de elaborare și implementare a actelor normative de standardizare a serviciilor de sănătate în cadrul IMSP CNAMUP”.

A. PARTEA INTRODUCȚIVĂ

A.1. Diagnosticul: Boala varicoasă (BV) a extremităților inferioare

- Varice erupte complicate cu hemoragie.

Nota: Termenul „Boala varicoasă” poate fi substituit cu: „Maladia varicoasă”, „Varice primare” sau „Boala venoasă cronică primară”.

A.2. Codul bolii (CIM 10): Bolile venelor, vaselor limfatice și ganglionilor limfatici, neclasificate altundeva (I80-I89)

- **I.80** Flebita și tromboflebita

Include: endoflebita, inflamația venei, periflebita, flebita supurativă

Exclude: flebita și tromboflebita complicând avortul sau sarcina ectopică sau molară (O00-O07, O08.7); complicând sarcina nașterea și lăuzia (O22.-, O87.-); flebita și tromboflebita intracraniană sau intrarahidiană (G08); flebita și tromboflebita intracraniană sau intrarahidiană nonpiogenică (I67.6, G95.1); flebita și tromboflebita de vena porta (K75.1); sindrom postflebitic (I87.0); tromboflebita migratoare (I82.1)

- **I.83** Vene varicoase ale extremităților inferioare

Exclude: complicând sarcina (O22.0) și lăuzia (O87.8)

A.3. Utilizatorii protocolului:

- Prestatorii de servicii medicale la nivel de AMU.

A.4. Obiectivele protocolului:

- A spori calitatea examinării clinice, paraclinice, diagnosticării precoce și acordării asistenței medicale de urgență la etapa de prespital pacienților cu Boală varicoasă a extremităților inferioare și complicațiile acesteia.

A.5. Elaborat: 2026

A.6. Următoarea revizuire: în conformitate cu următoarea revizuire a PCN 454

A.7. Lista persoanelor care au participat la elaborarea protocolului:

Nume și prenume	Funcția
Serghei SUMAN	Vicedirector medical
Diana CARAȘTEFAN	Șef DCTM
Svetlana GAITUR	Șef Regional AMU Centru
Leontie MACAROV	Șef CIDMUC și SC
Alina SCRIPTNIC	Șef – adjunct CIDMUC și SC
Ludmila BOLOGAN	Metodist CIDMUC și SC
Eleonora TCACI	Medic auditor
Elena ANTON	Medic auditor
Ala RABOVILA	Medic auditor
Elena IAZADJI	Medic auditor
Rita NOUR	Medic auditor

Protocolul a fost verificat și aprobat de:

Nume și prenume	Funcția
Serghei SUMAN	Director



A.8. Definițiile folosite în document

Ablație endovenoasă termică – orice tehnică endovenoasă bazată pe transmiterea energiei termice generate de laser, radiofrecvență sau aburi cu scop de a produce ocluzie ireversibilă sau fibroză a segmentului venos incompetent (cu reflux).

Ablație endovenoasă non-termică – orice tehnică endovenoasă care NU utilizează energie termică cu scop de a produce ocluzie ireversibilă sau fibroză a segmentului venos incompetent – ablație chimică, ablație mecano-chimică, introducerea în lumenul venei a adezivului cianoacrilat.

Atrofia albă a pielii (fr. „*atrophie blanche*”) – o zonă mică de piele de culoarea albicioasă („ca parafina”) cu forma rotundă, situată de regulă pe fondal de o zonă mai extinsă de hiperpigmentare. Este considerată ca starea pre-ulceroasă.

Boala venoasă cronică – orice anomalitate morfologică sau funcțională a sistemului venos, cu evoluție de durată lungă, manifestată prin prezența simptomelor subiective și obiective caracteristice ce dictează necesitatea diagnosticului și tratamentului.

Boala venoasă cronică primară (de etiologie primară) – afectarea degenerativă a peretelui venos și a valvelor venoase, care nu are nici caracter congenital și nici nu a fost provocată de un factor identificabil. De facto, boala venoasă cronică primară corespunde entității nozologice de boală varicoasă.

Coroana flebectică – prezența venelor intradermice mai mici de 3 mm, vizibile în regiunea gleznei (paramaleolar) și pe partea laterală sau medială a plantei sub formă de „evantai”, cupe venoase („*venous cups*”), telangiectazii albastre și/sau roșii, sau puncte de stază capilară („*stasis spots*”).

Fenomen de neovascularizare – formarea multiplelor ramuri venoase tortuoase de divers calibru, ce se împletesc între ele, în proximitatea anatomică a zonei de deconectare anterioară pe cale chirurgicală a joncțiunii safeno-femorale (mai rar safeno-popliteale).

Flebectomie – înlăturarea pe cale chirurgicală a tributarelor venoase epifasciale varicos dilatate.

Hiperpigmentare – modificarea patologică a culorii tegumentelor în regiunea gambei (preponderent pe partea medială în 1/3 inferioară și perimaleolar) cu apariția petelor de culoare brună (cafenie, maro) de diferite dimensiuni.

Insuficiența venoasă cronică – termen destinat pentru descrierea cazurilor de boală venoasă cronică de orice etiologie complicate cu apariția edemului și modificărilor trofice (clase clinice C3 – C6 conform clasificării CEAP).

Lipodermatoscleroză – indurația (fibroza) țesuturilor moi (pielea, țesut adipos subcutanat, uneori fascia) în partea distală a gambei cauzată de inflamația cronică. În caz de lipodermatoscleroză circulară gamba capătă un aspect caracteristic de „sticla de șampanie răsturnată”.

May-Thurner, sindromul – stenoza sau ocluzia venei iliace comune stângi provocată de compresia acesteia între artera iliaca comună dreaptă și coloana vertebrală.

Miniflebectomie (tehnica Muller, „*stab avulsion*” eng.) – metoda de înlăturare a tributarelor varicoase cu ajutorul cârligelor prin incizii minime (de 2-3 mm) fără ligaturarea capetelor venei întrerupte și fără aplicarea suturilor cutanate.

Preparate venoactive – un grup de remedii farmacologice diverse de origine naturală (fracție micronizată purificată de flavonoide, rutina și derivații ei, saponinele, Ginkgo biloba) sau sintetică (Calcii benefice asupra tonusului și permeabilității peretelui venos).

Reflux venos patologic – flux venos în direcția opusă celei fiziologice (flux retrograd) determinat clinic sau imagistic la nivelul venelor membrului inferior și care durează mai mult de 0,5 sec în venele superficiale, venele perforante, venele tibiale sau mai mult de 1,0 sec în venele profunde (vena femurală comună, vena poplitee).

Telangiectazii – venule intradermice dilatate, nepalpabile, de culoare roșietică sau albăstrie cu un diametru mai mic de 1 milimetru.

Varice recidivante (PREVAIT) – un termen general, propus pentru utilizare în cadru conferinței de consens „VEIN-TERM” din 2009, care înglobează orice tip de varice prezente pe membrul inferior supus anterior intervenției pentru boala varicoasă – varice restante, varice apărute din cauza



progresiei maladiei, varice apărute din cauza erorilor tactice, tehnice sau din cauza ineficienței tratamentului, varice cauzate de fenomenul de neovascularizare.

Varice non-safeniene – vene varicoase care anatomic nu se referă la sistemul venei safena magna sau venei safena parva (și nici la venele safene accesorii). În majoritatea cazurilor în acest grup se includ: vena fosei poplitee, varice pe suprafața laterală sau posterioară a coapsei, varice vulvare sau perineale.

Vene reticulare – vene albastre întunecate, nepalpabile, situate imediat subdermal cu diametru între 1 și 3 milimetri.

Vene varicoase – vene dilatate (ectatice) subcutanate, vizibile și palpabile, de regulă cu un traiect sinuos și care au diametru mai mare de 3 milimetri în poziția ortostatică a bolnavului.

A.9. Informația epidemiologică

Boala varicoasă (BV) a extremităților inferioare reprezintă una dintre cele mai răspândite patologii ale

vaselor periferice, ce afectează de la 20% până la 30% din populația adultă de gen feminin și aproximativ 10-20% din persoanele de gen masculin, fiind asociată cu o vastă varietate de simptome, ce diminuează capacitatea de muncă a bolnavilor și influențează negativ componentele somatice și psihice ale sănătății acestora. În studiul epidemiologic Framingham incidența anuală a BV a constituit 2,6% la femei și 1,9% la bărbați. Conform diferitor surse prevalența edemului venos cauzat de BV variază de la 3,0 la 11%.

Progresarea BV reprezintă un fenomen caracteristic acestei patologii. Agravarea în timp a simptomelor subiective și obiective ale bolii venoase cronice (BVC) se atestă la mai mult de 50% din pacienți, iar aproximativ o treime din bolnavii cu varice necomplicate timp de 10-15 ani dezvoltă dereglări trofice ale țesuturilor moi ale membrelor inferioare: hiperpigmentare, lipodermatoscleroză, atrofie albă a pielii și eczemă. Mai mult ca atât, la 2-5% dintre pacienții cu boală varicoasă se remarcă dezvoltarea ulcerului trofic venos de gambă, ce se asociază cu sindrom algic pronunțat și reprezintă cauza multiplelor spitalizări și a pierderii constante a capacității de muncă. Datele din sistemul brazilian de asigurări sociale arată că BVC ocupă locul al 14-lea în rândul celor mai frecvente cauze de absenteism temporar de la muncă și locul al 32-lea printre cele mai frecvente cauze de dizabilitate permanentă. Prevalența ulcerului venos activ în populația țărilor dezvoltate constituie circa 0,3-0,5%.

Una dintre complicațiile comune ale BV este tromboza trunchiurilor venoase superficiale și ale

tributarelor varicoase subcutanate, de regulă definită ca „varicotromboflebită acută”. Deși tromboza poate afecta venele superficiale ale membrelor inferioare și în lipsa varicelor, aproximativ 75% din cazuri sunt înregistrate la bolnavii cu BV. În populația generală rata de diagnosticare a trombozei venoase superficiale ajunge la 3-11%. Se presupune, că prevalența trombozei venoase superficiale ar putea fi comparabilă sau chiar mai mare decât cea a trombozei venoase profunde și a embolismului pulmonar. Într-un studiu efectuat în Țările de Jos a fost raportată prevalența de 180 observații la 100.000 pacienți evaluați în condiții de asistență medicală prespitalicească.

Pacienții cu BV alcătuiesc o importantă rată printre cazurile de spitalizări și intervenții chirurgicale

programate și urgente în cadrul secțiilor de chirurgie generală și vasculară. De exemplu, în Marea Britanie anual se efectuează circa 90.000 operații pe sistemul venos superficial. În Republica Moldova în anul 2016 s-au efectuat 1841 intervenții pentru varicele membrelor inferioare. Dezvoltarea și implementarea metodelor minim-invazive de tratament a BV și perfecționarea diagnosticului imagistic au contribuit la creșterea semnificativă a numărului de intervenții chirurgicale efectuate. Astfel, doar pe parcursul unui deceniu (din 2005 până la 2014) numărul operațiilor efectuate la bolnavii cu varice în Statele Unite ale Americii practic s-a triplat – de la 95 la 332 de mii pe an, ce corespunde cu o rată de creștere anuală de 15%.



B. PARTEA GENERALĂ

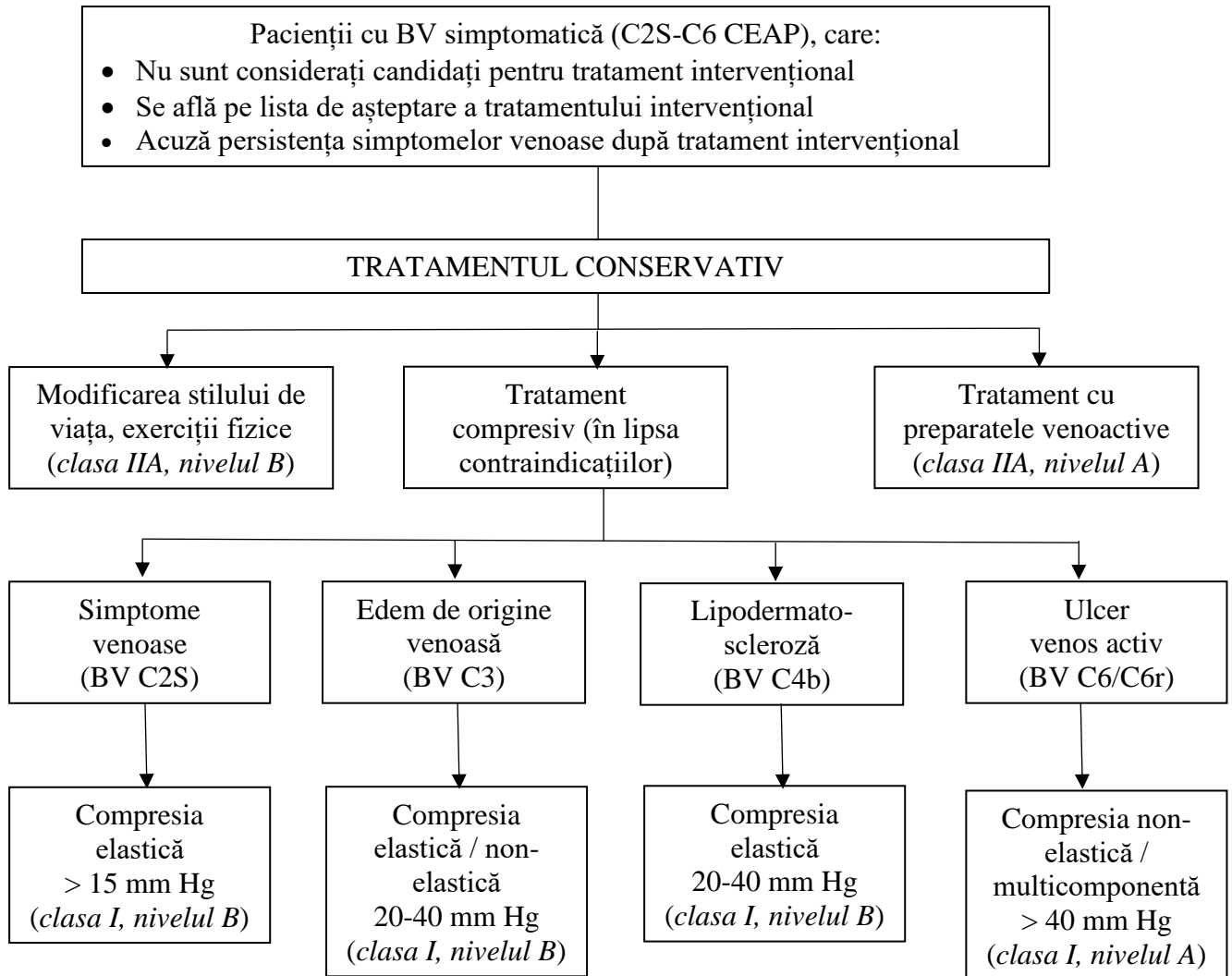
B.1. Nivel de asistență medicală de urgență prespitalicească (medici de urgență și asistenți/felceri de urgență)

Descriere	Motive	Pași
<p>1. Diagnosticul BV complicate. 1.1. Suspectarea și confirmarea diagnosticului de BV complicată (hemoragie, varicotromboflebita).</p>	<p>Anamneza și examenul obiectiv permite suspectarea BV complicate cu erupere sau tromboză venoasă superficială.</p>	<p>Standard/Obligatori:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluarea primară a pacientului conform principiului ABCDE. • Anamneza și acuzele (<i>caseta 1, 2</i>). • Examenul obiectiv (<i>caseta 3</i>). • Diagnosticul diferențial (<i>caseta 6</i>). • Evaluarea stării generale a pacientului (<i>caseta 1-3</i>). • Transport medical în IMSP spitalicească care deservește urgențele chirurgicale.
<p>2. Decizia: 2.1. Consultul chirurgului în IMSP, care recepționează urgențele chirurgicale.</p>	<p>Transportul medical asistat în IMSP spitalicească (în cazul hemoragiei din varice erupte), care deservește urgențele chirurgicale; și consultul obligator al medicului chirurg pentru confirmarea diagnosticului de BVC complicată cu eruperea varicelor și hemoragie sau tromboză venoasă superficială.</p>	<p>Standard/Obligatori:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pacienții cu varice erupte și hemoragie necesită transport medical asistat: <ul style="list-style-type: none"> - ECG. - Pulsoximetrie. - Monitorizare a pulsului, TA, temperaturii. - Hemostază provizorie prin pansament compresiv și poziția elevată a membrului inferior. • Consultul medicului chirurg cu spitalizare și aprecierea tacticii de tratament (<i>caseta 7</i>). • Informația despre pacient se transmite conform unui algoritm standardizat (ex. SBAR).
<p>3. Tratamentul 3.1. În prespital se va efectua tratamentul simptomatic al pacienților cu BV complicată.</p>	<p>Tratamentul se va efectua pentru stabilizarea funcțiilor vitale în caz de hemoragie (la necesitate).</p>	<p>Standard/Obligatori:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Oxigenoterapie (la necesitate). • Stabilizare hemodinamică (la necesitate). • Hemostază provizorie la necesitate (<i>caseta 7</i>).



C.1. ALGORITMI DE CONDUITĂ

C.1.1. *Tratamentul conservativ al pacienților cu BV (fără complicații acute)*



C. 2. DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR ȘI A PROCEDURILOR

C.2.1. *Conduita pacientului cu BV*

Caseta 1. Etapele obligatorii în conduita pacientului cu BV.

- Anamneza și acuzele
- Examinarea clinică.
- Determinarea severității simptomelor bolii venoase cronice.
- Examinarea imagistică.
- Formularea diagnosticului definitiv și estimarea impactului BV asupra calității vieții bolnavului și a riscului de complicații.
- Luarea deciziei referitor la conduita de tratament.
- Efectuarea tratamentului.
- Supravegherea periodică a pacientului.



C.2.2.1. Anamneza

Caseta 2. Anamneza.

- BV este o maladie cronică cu evoluție lentă progresivă. La culegerea anamnezei, pe lângă informația standard (prezența comorbidităților cronice, intervenții chirurgicale / traumatisme suportate, medicația cronică, alergii) se atrage atenția asupra prezenței factorilor de risc caracteristici pentru BV și impactul acestora asupra evoluției maladiei.
- Se notează vârsta pacientului la momentul apariției primelor simptome subiective și obiective ale BV și modificările acestora în timp. Ținând cont de importanța factorului ereditar se colectează anamneza familială – prezența BVC la rudele de gradul întâi. Cu scop de diferențiere a BV de varicele secundare (sindromul posttrombotic) este important de exclus prezența în anamneză a episodului de tromboză venoasă profundă (edem acut al membrului care a necesitat investigații și tratament) sau a evenimentelor cu risc înalt de dezvoltare a acestuia (imobilizarea îndelungată, traumatisme ortopedice importante).
- Se analizează prezența factorilor de risc ocupaționali – ortostatism prelungit, lucru fizic greu, mobilitate redusă. Dintre factorii constituționali este importantă apariția excesului de masă corporală. La pacientele de gen feminin se notează administrarea tratamentului hormonal (contraceptive orale), anamneza obstetricală și impactul sarcinilor asupra evoluției BV, precum și informația privind sarcinile ulterioare planificate.
- Se colectează datele referitor la tratamentul BV aplicat în antecedente – utilizarea preparatelor venoactive, a mijloacelor de compresie elastică / non-elastică și eficacitatea acestora, efectuarea scleroterapiei și / sau a intervențiilor chirurgicale deschise sau endovenoase.

C.2.2.2 Manifestările clinice

Caseta 3. Acuzele sau simptome subiective

- Acuzele pacienților cu BV sunt foarte variabile și au un caracter nespecific. Mai mult ca atât, severitatea simptomelor subiective frecvent nu are corelație directă nici cu clasa clinică a maladiei și nici cu gradul de exprimare a varicelor și a refluxului venos patologic. Pacienții cu varice extensive de diametru mare (clasa clinică C2) și chiar cei cu modificări trofice cutanate (clasele clinice C4, C5) pot fi complet asimptomatici și în mod contrar – bolnavii fără semne clinice obiective ale bolii venoase (clasa C0) pot acuza senzații neplăcute caracteristice BVC.
- Acuzele cel mai frecvent întâlnite la pacienții cu BV sunt: prezența venelor varicos dilatate propriu zise (defect estetic), senzații de greutate sau de plenitudine (distensie) la nivelul membrului afectat, dureri arzătoare, înțepătoare, surde sau pulsatile de intensitate mică sau medie la nivelul tegumentelor gambei sau pe traiectul varicelor, pruritul cutanat. Numărul și severitatea acestor simptome subiective deține o corelație ceva mai bună cu durata bolii și clasa clinică CEAP. Acuzele mai puțin specifice sunt: senzație de oboseală, crampe musculare nocturne, sindromul de „picioare neliniștite” (înainte de somn sau în timpul unui repaus la pat pacientul nu-și găsește poziția confortabilă pentru picioare).
- Variabilitatea și caracterul nespecific al acuzelor în BV explică dificultățile în diferențierea originii adevărat venoase al acestora cu alte cauze posibile (patologii osteoarticulare, neuropatii periferice, sindroame vertebrogene, tulburările emoționale și afective etc.). Prezența venelor varicos dilatate clar vizibile la nivelul membrului inferior afectat frecvent crează atât la bolnav cât și la medic impresia despre existența unei legături cauzative între BV și simptomele subiective, ceea ce nu întotdeauna este adevărat. Pentru diferențierea cauzei venoase cu cea non-venoasă trebuie de ținut cont că: (1) simptomele venoase se agravează în poziția ortostatică prelungită sau pe șezute și se ameliorează sau dispar în poziția culcată, la elevarea membrului



sau în timpul mersului; (2) simptomele venoase se agravează în perioada caldă și se ameliorează în perioada rece a anului; (3) simptomele venoase sunt mai exprimate în a doua jumătate a zilei și lipsesc imediat după trezirea de dimineață; (4) la femei de vârstă reproductivă simptomele venoase frecvent se agravează în timpul ciclului menstrual; (5) simptomele venoase se ameliorează esențial sau dispar în timpul purtării tricotaajului sau bandajului compresiv.

- Apariția durerilor în timpul mersului nu este caracteristică pentru BV și poate fi provocată de patologia arterială – simptomul de „claudicație intermitentă” sau de afectarea venelor profunde (sindromul de compresie May-Thurner, boala posttrombotică) – simptomul de „claudicație venoasă”.
- Cu scop de diagnostic diferențial al etiologiei acuzelor pacientului cu BV poate fi utilizat scorul Carpentier în versiunea originală sau cea modificată (**Tablelul 3**). Scorul original a demonstrat specificitatea de 96% și sensibilitatea de 75%, iar versiunea modificată – 89% și 88%, respectiv în diagnosticarea caracterului venos adevărat al acuzelor pacientului.
- Pacienții cu ulcer venos activ acuză dureri de intensitate variabilă (inclusiv severă) în zona defectului cutanat, prezența eliminărilor (uneori abundente) de lichid seros sau seros-purulent, prurit cutanat în jurul ulcerului, miros neplăcut.


Caseta 4. Examenul clinic (semnele obiective ale BV).

- Examenul clinic al pacientului cu BV se efectuează într-o încăpere bine iluminată, ambele extremități inferioare fiind complet expuse inspecției. Pacientul obligator se examinează în poziție ortostatică, ceea ce permite evidențierea mai clară a venelor varicos dilatate. În timpul inspecției membrului inferior se notează: prezența telangiectaziilor / venelor reticulare și prezența venelor varicoase cu traiect sinuos și diametru mai mare de 3 mm. Se notează localizarea anatomică a varicelor: la nivelul coapsei, la nivelul gambei, pe suprafața medială, anterioară, laterală sau posterioară
Nota: Lipsa venelor varicos dilatate vizibile nu exclude diagnosticul de BVC primară (la pacienții cu obezitate, sau la cei cu reflux venos doar în trunchiul venei safene – tipul 2 Chastanet-Pittaluga).
- La toți bolnavii trebuie să fie examinate ambele regiuni inghinale, regiunea suprapubiană și peretele abdominal anterior. Se atrage atenție la prezența în aceste zone anatomice a venelor varicos dilatate care se pot dezvolta ca și cale de circulație colaterală în cazul ocluziei venelor profunde sau datorită existenței surselor atipice de reflux venos patologic (sindrom de congestie pelviană). La pacienții care utilizează droguri ilicite injectabile în regiunea inghinală pot fi observate fistule cutanate specifice – „sinus track”. Această categorie de bolnavi frecvent se prezintă cu insuficiență venoasă cronică de etiologie secundară (posttrombotică).
- La pacienții cu BV complicată cu IVC în timpul inspecției poate fi observată prezența edemului în regiunea plantei, gleznei sau gambei (clasa clinică C3) și a modificărilor trofice cutanate: hiperpigmentare, eczema (clasa C4a); lipodermatoscleroză, atrofia albă (clasa C4b); coroana flebectatică (clasa C4c), ulcerul venos vindecat (clasa C5) sau activ (clasa C6). Se recomandă de obiectivizat severitatea edemului prin măsurarea circumferinței membrului la nivelul gleznei în comparație cu partea controlaterală neafectată.
- Pentru documentarea prezenței, tipului și gradului de extindere a modificărilor trofice, în special a ulcerului venos activ, este recomandată fotografierea zonei afectate a membrului inferior cu o cameră fotografică digitală disponibilă. Calcularea exactă a suprafeței ulcerului este foarte utilă pentru evaluarea în dinamică a rezultatelor tratamentului IVC și poate fi realizată cu ajutorul aplicațiilor digitale gratuite de tip „Lesion Meter” (disponibilă pe <https://lesion.phlebounion.ru>, în „AppStore” și „Google Play”). La pacienții care au fost supuși intervențiilor chirurgicale



pentru BV în trecut se notează localizarea cicatricelor postoperatorii în raport cu venele varicoase vizibile la momentul examinării.

- Probele funcționale venoase (Trendelenburg, Delbet-Perthes, Hachenbruch, Schwartz, Pratt, „proba cu 3 garouri” și altele) posedă o acuratețe diagnostică insuficientă pentru stabilirea diagnosticului corect și cu atât mai mult pentru planificarea tratamentului. Tehnica efectuării probelor funcționale venoase nu este standardizată, rezultatele frecvent sunt eronate (fals pozitive sau fals negative). Respectiv, utilizarea acestor probe în practica clinică actuală nu este recomandată.
- Se recomandă palparea pulsului plantar la toți pacienții cu BV. La pacienții care se referă la grupul de risc pentru boala arterială periferică (vârsta mai mare de 50 ani, genul masculin, fumători, cu diabet zaharat, hipertensiune arterială, cardiopatie ischemică) și la cei la care se presupune utilizarea tratamentului compresiv palparea pulsului plantar este obligatorie. Dacă pulsul pe a.dorsalis pedis sau a.tibială posterioară nu se palpează sau este dubios se recomandă determinarea indicelui de presiune glezna-braț (IGB) cu ajutorul dispozitivului Doppler. În cazul valorilor IGB mai mici de 0,9 sau dacă medicul care examinează pacientul nu posedă tehnica acestei investigații sau nu dispune de dispozitivul necesar se recomandă direcționarea pacientului pentru consultul chirurgului vascular.
- Palparea pe traiectul venelor varicos dilatate necomplicate demonstrează lipsa durerilor și colabare completă a varicelor la apăsare. Uneori senzații neplăcute poate provoca palparea în regiunea venelor perforante lărgite (orificiilor fasciale pe gambă). În cazul trombozei venoase superficiale (varicotromboflebitei) varicele nu colabează și devin dureroase la palpate (vezi caseta 25). În cazuri rare în timpul inspecției și / sau palpării venelor varicoase poate fi observată / resimțită pulsația. Cea mai frecventă cauză a varicelor pulsatile este insuficiența valvei tricuspide cu fenomenul de regurgitație. La pacienții cu debutul maladiei în copilărie sau adolescență, la cei cu modificări trofice la nivelul membrului afectat sau cu anamneza de traume vasculare pulsația varicelor poate fi cauzată de prezența malformației sau fistulei arterio-venoase. În aceste cazuri palpator deasupra varicelor poate fi resimțit freacățul caracteristic („tors de pisică”), iar auscultativ se determină un suflu sistolo-diastolic (sunetul „șuierător”) permanent. Comprimarea manuală a fistulei rezultă în scăderea frecvenței contracțiilor cardiace cu 10-15 bătăi per minut – semnul Branham pozitiv. Toți pacienții cu varice pulsatile trebuie să fie consultați de către chirurgul vascular (**clasa de recomandare I, nivel de evidența C**).
- Cu scop de evaluare cantitativă a severității simptomelor BV la fiecare pacient individual, precum și pentru monitorizarea evoluției maladiei și aprecierea eficacității tratamentului aplicat se recomandă ca în baza rezultatelor examenului clinic să fie calculat scorul venos de severitatea clinică în versiunea sa revizuită – „rVCSS” (*revised Venous Clinical Severity Score*), (**Tablelul 4**), (**clasa de recomandare I, nivel de evidența C**).
- Studiile științifice au demonstrat că BV chiar și cu clase clinice minore poate afecta semnificativ calitatea vieții bolnavilor. Mai mult ca atât, deoarece BV de regulă nu prezintă risc direct pentru viabilitatea membrului afectat și viața pacientului ameliorarea calității vieții se consideră unul dintre cei mai importanți indicatori ai eficienței și siguranței tratamentului aplicat. Astfel, evaluarea obiectivă a rezultatelor tratamentului BV sau compararea eficacității diferitor abordări curative trebuie să includă și datele raportate de către pacient – sau așa numitele „PROMs” (*Patient Reported Outcomes Measures*). Cu acest scop pot fi utilizate chestionare speciale pentru pacienții flebologici, traduse și validate în limba română - chestionarul CIVIQ-20 sau chestionarul ABC-V (Anexa 3, 4). Chestionarele trebuie să fie aplicate la momentul adresării bolnavului și la diferite intervale de la momentul intervenției. Pe motivul complexității procesului de evaluare și consumului de timp utilizarea „PROMs” în practica clinică cotidiană nu este considerată obligatorie (**clasa de recomandare III, nivel de evidența C**).

Instituția medico-sanitară publică Centrul Național de Asistență Medicală Urgență Prespitalicească 	PROTOCOL CLINIC INSTITUȚIONAL BOALA VARICOASĂ A EXTREMITĂȚILOR INFERIOARE LA ADULT
--	---

C.2.2.3. Investigațiile paraclinice

Tabel 1. Investigațiile paraclinice la etapa de prespital

Monitorizarea continuă	Argumentarea efectuării
Funcțiile vitale: starea de conștiință/TA/FCC/FR/temperatura	Evaluarea cardio-pulmonară
Investigațiile paraclinice	
ECG.	Evaluarea standard în urgențe medico-chirurgicale la pacientul adult
Pulsoximetria	Evaluarea standard în urgențe medico-chirurgicale la pacientul adult
Glucometria	Evaluarea standard în urgențe medico-chirurgicale pacientul adult

C.2.2.4 Diagnosticul diferențial

<p>Caseta 5. Diagnosticul diferențial al BV. (clasa de recomandare IIa, nivel de evidența C) Manifestările clinice ale BV sunt destul de caracteristice, însă în unele cazuri poate fi necesară efectuarea diagnosticului diferențial cu următoarele patologii:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sindrom posttrombotic. În anamneză la majoritatea pacienților poate fi identificat un episod de tromboză a venelor profunde asociat cu trauma extremității inferioare, sarcina și nașterea, intervenții chirurgicale sau un alt motiv de spitalizare și manifestat prin edem marcat al membrului. Examenul obiectiv, de regulă, relevă predominarea semnelor IVC – edem, modificări trofice cutanate în timp ce venele varicoase la nivelul membrului sunt mai puțin exprimate sau absente. Localizarea varicelor în regiunea suprapubiană este înalt sugestivă pentru diagnosticul de sindrom posttrombotic. • Afectarea non-trombotică a venelor iliace (sindromul May-Thurner). Tabloul clinic este unul indistinct și nespecific. Mai frecvent sunt afectate femeile de vârstă tânără care acuză prezența edemului tranzitor și alte semne subiective ale IVC la nivelul membrului inferior stâng. Prezența venelor varicoase la examenul obiectiv nu este caracteristică. • Sindrom de congestie pelviană. Patologia preponderent se dezvoltă la pacientele multipare și se manifestă prin dureri periodice surde, localizate în regiunea lombară, bazinului, perineului și coapselor. Durerile se exacerbează după ortostatism îndelungat, în timpul ciclului menstrual, în timpul actului sexual (dispareunia) și postcoitum. Pot fi vizualizate vene varicoase în zona perineului, organelor genitale externe, feselor și pe partea posterioară a coapselor. • Malformații vasculare (angiodisplazii venoase și arterio-venoase). Malformațiile vasculare sunt rare, dar uneori pot necesita diferențierea cu BV. La majoritatea pacienților simptomele clinice ale angiodisplaziei sunt prezente la naștere sau se manifestă pe parcursul primei decade de viață ori în timpul pubertatului. Tabloul clinic al malformațiilor venoase poate include: prezența formațiunii de volum, petelor cutanate de culoare roșie sau cafenie, vene varicos dilatate, edeme și sindrom algic. Venele varicoase se localizează pe partea laterală a coapsei și / sau gambei (vena marginală embrionară) și sunt predispuse la episoade frecvente de tromboflebită. În cazul malformațiilor arterio-venoase semnele sus numite se asociază cu hipertrofia membrului (gigantism parțial), hipertermia cutanată locală, pulsația venelor varicoase și suflu continuu sistolo-diastolic deasupra zonei afectate. Unii pacienți dezvoltă ulcere trofice care frecvent se complică cu hemoragii profuze. • Ulcere ale membrelor inferioare de origine non-venoasă. La pacienții cu BV și IVC clasa clinica C6 diagnosticul diferențial trebuie efectuat cu ulcerele de etiologie ischemică, neuropatică, infecțioasă (pyoderma gangrenosum), neoplazică (sarcom, melanom) sau sistemică. Originea non-venoasă a ulcerului trebuie suspectată în caz de localizare atipică a defectului cutanat (pe plantă, pe gambă proximal), lipsa pulsației arterelor periferice, aspectul neobișnuit al fundului și marginilor ulcerului (necroze cutanate, creșterea excesivă a țesuturilor), prezența
--



bolilor sistemice concomitente (diabet, vasculite, bolile țesutului conjunctiv, boala renală cronică, tratamentul cronic cu steroizii și altele).

- **Limfedem.** Edemul limfatic al membrului inferior poate să se dezvolte primar (de regulă în copilărie sau vârsta tânără) sau secundar – după traumatisme (inclusiv intervenții chirurgicale), infecții sau pe fundalul proceselor neoplazice. Edemul întotdeauna implică planta, este dur (nu lasă godeu) și nu scade esențial după elevarea membrului. Venele varicoase nu sunt caracteristice. Se determină semnul Stemmer pozitiv – imposibilitatea de a prinde plica cutanată pe suprafața dorsală a plantei la baza degetului I.

C.2.2.5. Criteriile de spitalizare

Caseta 6. Criteriile de spitalizare a pacienților cu BV. (clasa de recomandare I, nivel de evidența C)

- Pacienții cu BV necesită spitalizare pentru realizarea tratamentului chirurgical (intervențional) conform următoarelor indicații: (1) BV necomplicată cu simptome tipice care afectează substanțial calitatea vieții și activitatea pacientului – clasa clinică C2S; (2) BV complicată cu IVC – clase clinice C3-C6. Indicațiile pentru tratamentul chirurgical al BV sunt prezentate detaliat în caseta 14.
- Intervențiile chirurgicale pentru BV, în special cele minim-invazive, pot fi efectuate și în regim de „chirurgie de o zi” (chirurgie ambulatorie) cu condiția respectării cerințelor standard față de pregătirea preoperatorie și monitorizarea postoperatorie a bolnavilor.
- Pacienții cu BV și ulcer venos activ (clasa clinică C6) pot fi spitalizați atât pentru intervenție pe sistem venos cât și pentru tratamentul conservator sau chirurgical local: debridarea ulcerului, autodermoplastie, aplicarea tratamentului compresiv non-elastic sau altor metode de tratament. Prezența ulcerului activ nu servește contraindicație pentru intervenție programată pe sistem venos.
- Pacienții cu complicații acute ale BV – varice erupte complicate cu hemoragie, BV cu tromboză venoasă superficială (varicotromboflebită) necesită să fie investigați în mod urgent de către medicul chirurg pentru acordarea asistenței medicale necesare și deciderea tacticii ulterioare în fiecare caz individual: spitalizarea în secție de chirurgie sau tratamentul ambulator. Informații detaliate referitor la managementul acestor complicații sunt prezentate în casetele respective (caseta 25, caseta 26).

C.2.2.6. Tratamentul

C.2.2.6.1. Abordarea pacienților cu boală varicoasă și varice erupte la etapa de prespital

Caseta 7. Managementul pacienților cu BV și varice erupte (hemoragie venoasă externă)

- Eruperea nodulului varicos la nivelul membrului inferior (spontană sau în urma unei traume) reprezintă o complicație relativ rară a BV, fiind înregistrată preponderent la persoanele în vârstă înaintată, cu pielea uscată și fragilă. Din cauza hipertensiunii venoase hemoragia din varice erupte poate avea volum și viteză semnificative, poate duce la hipotensiune, colaps și, în cazuri excepționale – la decesul pacientului.
- Măsura cea mai efectivă de prim ajutor în cazul hemoragiei din varice erupte este poziția elevată a membrului (mai sus de nivelul cordului) și / sau aplicarea compresiei locale (manuale sau cu bandaj excentric). După aplicarea hemostazei provizorii pacientul trebuie să fie transportat la instituția medicală care dispune de serviciul chirurgical ambulator sau staționar.
- Pentru prevenirea recidivei hemoragiei poate fi efectuată scleroterapia cu spumă a venei purtătoare de varice erupt sau suturarea și ligaturarea acesteia cu anestezie locală.
- Se recomandă spitalizarea pacienților cu varice erupte cu scop de efectuare precoce a USGD și realizarea tratamentului chirurgical definitiv a refluxului venos patologic. Pacienții cu risc elevat de hemoragie din varice erupt (vârstnici, cei cu ulcer venos, cu episoade de hemoragie în anamneză, pe tratament antitrombotic) trebuie să fie informați despre riscul hemoragiei, măsurile de prim ajutor în caz de apariție a acesteia și trebuie planificați pentru tratament chirurgical în mod prioritar



**D. RESURSELE UMANE ȘI MATERIALELE NECESARE PENTRU
RESPECTAREA PREVEDERILOR DIN PROTOCOL**

<p>D.1. Subdiviziunile serviciului prespitalicesc de Asistență Medicală Urgență</p>	<p>Personal: medic de urgență, felceri, asistenți de urgență</p>
	<p>Aparataj, utilaj:</p> <ul style="list-style-type: none"> • sfigmomanometru; • fonendoscop; • electrocardiograf portativ; • pulsoximetru; • set pentru monitorizare cardiorespiratorie; • set pentru respirație artificială. <p>defibrilator</p>
	<p>Truse:</p> <ul style="list-style-type: none"> • kit cateterizarea venelor centrale și periferice; • kit perfuzie; • kit cateterizarea vezicii urinare; • kit intubație; • kit asistență medicală de urgență <p>kit cu medicamente, materiale parafarmaceutice și consumabile.</p>
	<p>Seturi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • set echipament și aparataj medical din dotarea autosanitarei; • set echipament special din dotarea autosanitarei; <p>Medicamente În caz de survenire a complicațiilor hemoragice:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Preparate pentru compensare volemică (cristaloizi – sol. Natrii chloridum 0,9%, sol. Ringer). • Preparate inotrop pozitive (Dopaminum) . <p>În caz de survenire a complicațiilor trombotice:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anticoagulante (heparine cu masă moleculară mică: Enoxaparini natrium <p>Bandaj elastic</p>

**E. INDICATORII DE MONITORIZARE A IMPLEMENTĂRII
PROTOCOLULUI**

Nr.	Scopul	Indicatorul	Metoda de calcul a indicatorului	
			Numărător	Numitor
1	A reduce rata de complicații după tratamentul intervențional al BV (deschis/convențional sau endovenos).	Ponderea pacienților cu BV care au dezvoltat complicații postoperatorii, pe parcursul unui an (în %).	Numărul de pacienți cu BV, care au dezvoltat complicații postoperatorii, pe parcursul ultimului an x 100.	Numărul total de pacienți supuși tratamentului chirurgical deschis sau endovenos pentru BV, pe parcursul ultimului an.



GHIDUL PACIENTULUI CU BOALA VARICOASĂ

1. Ce este boala venoasă cronică a picioarelor?

Boala venoasă cronică (boala varicoasă) este o patologie cronică cu evoluție lentă, caracterizată prin slăbirea structurii peretelui venos, ceea ce face venele responsabile pentru transportul sângelui de la picioare spre inimă să nu mai funcționeze corect. Patologia poate afecta până la 60% din populația adultă. Deși incidența bolii crește odată cu vârsta, boala varicoasă este diagnosticată la un număr semnificativ de persoane sub 30 de ani. Datorită progresiei sale constante, boala varicoasă netratată poate duce la apariția unui șir de complicații.

2. De ce apare boala varicoasă?

În mod fiziologic sângele venos circulă de la membrele inferioare spre inimă. Venele au pereți elastici și valve, care dau direcție sângelui în sus și împiedică scurgerea lui înapoi, înspre picioare. Când pereții venelor slăbesc și valvele cedează are loc acumularea sângelui în membrele inferioare. Acest fapt determină apariția bolii varicoase. Deși există o predispoziție ereditară, boala venoasă cronică nu este o boală genetică. Apariția primelor simptome ale bolii este determinată de mai mulți factori, inclusiv factorii de mediu și stilul de viață. Progresia acesteia este influențată de factori de risc, precum perioadele îndelungate de stat în picioare sau așezat, ridicarea greutăților, sportul de performanță, sarcina și nașterile, administrarea de medicamente care conțin estrogeni etc. O altă cauză ar putea fi tromboza în venele profunde, care duce la acumularea sângelui în venele superficiale și la formarea varicelor (așa-numite *secundare*, ce necesită un tratament deosebit de „varicele obișnuite” / *primare*).

3. Ce vene pot fi afectate?

La nivelul membrelor inferioare există două sisteme venoase:

- ✓ Vene superficiale – situate între piele și mușchi.
- ✓ Vene profunde – situate între sau în interiorul mușchilor.
- ✓ Vene perforante – leagă venele superficiale cu cele profunde.
- ✓ Vene reticulare și telangiectazii – vene mici vizibile sub piele (așa-numitele „vene în pânză de păianjen” și „steluțele vasculare”).

Boala varicoasă apare în sistemul venos superficial.

4. Care sunt simptomele și semnele bolii varicoase?

Venele varicoase (varicele) reprezintă cel mai frecvent și adesea singurul simptom al bolii varicoase. Acestea pot fi acompaniate de așa numitele „stelute” vasculare (telangiectazii) și vene reticulare, care prezintă disconfort exclusiv estetic și sunt des întâlnite chiar și la persoanele sănătoase. Totodată, varicele pot fi însoțite și de unele manifestări subiective, cum ar fi durere surdă sau senzație de oboseală la nivelul picioarelor, senzație de pulsație, presiune, greutate, căldură sau arsură în picioare, oboseală rapidă, crampe, mâncărime a pielii și schimbarea culorii acesteia (pigmentare sau decolorare), picioare neliniștite, amorțeală. În stadii avansate pot apărea edeme mai accentuate spre seară și chiar ulcere venoase (răni în 1/3 inferioară a gambei).

5. Ce complicații poate avea boala varicoasă?

În unele cazuri boala varicoasă se poate complica cu:

- ⚠ Tromboflebită superficială – formarea de cheaguri (trombi) în venele superficiale, asociată cu întărirea venei, durere locală, roșeață și subfebrilitate.
- ⚠ Tromboză venoasă profundă – apariția de trombi în venele profunde, manifestată prin edem al piciorului. Această condiție poate duce la migrarea cheagului în arterele pulmonare (embolie pulmonară).
- ⚠ Sângerare din venele dilatate – în special în locurile unde pielea este schimbată și subțiată.

6. Cum se stabilește diagnosticul de boală venoasă cronică?

- ✓ Examen clinic și obiectiv – medicul evaluează acuzele bolnavului și aspectul picioarelor.



✓ Ultrasonografia Doppler duplex – metoda principală de diagnostic. Imagistul apreciază starea funcțională a venelor și valvelor, identifică eventualele refluxuri (flux sanguin invers), descrie tipul și localizarea lor, evaluează prezența sau absența trombilor în vene. În baza datelor obținute medicul determină severitatea bolii și alege tactica de tratament ulterior.

7. Care sunt principiile tratamentului bolii varicoase?

În tratamentul bolii varicoase nu toți pacienții necesită intervenții chirurgicale. Tratamentul conservativ împreună cu modificarea stilului de viață și evitarea factorilor de risc pot fi suficiente pentru ameliorarea simptomelor subiective. Însă pentru îmbunătățirea calității vieții și eliminarea simptomelor bolii venoase cronice este necesară eliminarea venelor varicoase. În tratamentul varicelor pot fi utilizate diverse tehnici, precum intervenția chirurgicală deschisă, ablația termică cu laser sau radiofrecvență, scleroterapia și combinații ale acestora. Toate aceste tehnici și-au demonstrat eficiența, însă alegerea tacticii va depinde de experiența medicului, preferințele pacientului, dar și de echipamentele disponibile în cadrul instituției medicale. Din păcate, nici o metodă existentă de tratament nu garantează un rezultat permanent și nu exclude apariția pe termen lung a varicelor noi. Recidivele, de obicei doar cosmetice, pot fi tratate prin intervenții miniminvasive (scleroterapie) ori de câte ori este necesar.

8. Ce măsuri conservative există pentru tratamentul bolii varicoase?

Tratamentul conservativ include efectuarea exercițiilor fizice, scăderea în greutate, fizioterapie, poziție elevată a picioarelor în repaus, fitoterapie și compresie elastică, cum ar fi ciorapii elastici sau bandajele. Cele din urmă comprimă venele dilatate, scad acumularea de sânge venos și previn umflarea picioarelor, îmbunătățind astfel simptomele și calitatea vieții. Compresia elastică trebuie aplicată pe parcursul zilei pentru a obține rezultate optime.

9. Ce proceduri există pentru tratamentul bolii varicoase?

O perioadă îndelungată standardul tratamentului chirurgical al bolii varicoase a fost înlăturarea chirurgicală a venelor superficiale afectate. Însă, în ultimele decenii au fost propuse metode alternative, care pot închide venele prin temperaturi înalte sau injectarea unor substanțe speciale. Intervențiile chirurgicale deschise se efectuează cu anestezie locală, spinală sau generală, în spital sau ambulatoriu. Ele se divizează în 2 categorii – cu înlăturarea venei superficiale principale și fără înlăturarea respectivei. Alegerea tacticii va depinde de modificările în sistemul venos, stabilite ultrasonografic în perioada preoperatorie. Operația se face prin incizii mici (3-4 cm) pentru înlăturarea venei superficiale principale (stripping) și incizii de 2-3 mm pentru înlăturarea venelor varicoase (miniflebectomie), iar numărul acestora depinde de gravitatea bolii. Înainte de intervenție trebuie efectuat un consult la chirurg și anesteziolog, care vor indica un șir de investigații standardizate și analize de laborator. După operație pot apărea sângerări ușoare, care nu trebuie să fie semnificative. Este posibil să apară complicații, cum ar fi durerea, hematomul sau infecții. Recuperarea durează 3-4 săptămâni și presupune utilizarea bandajelor elastice și medicamentelor antiinflamatoare / analgezice.

Cele mai comune tehnici de tratament al varicelor cu utilizarea temperaturilor înalte sunt „laserul” și „ablația prin radiofrecvență”. Procedura se efectuează în ambulatoriu sau staționar, cu anestezie locală și presupune introducerea unei fibre laser sau a unui cateter cu radiofrecvență în vena afectată. Datorită acțiunii temperaturii înalte peretele venei se distruge, vena se „sigilează” și fluxul de sânge prin ea se oprește. În unele cazuri, varicele vizibile sunt tratate suplimentar prin miniflebectomie sau scleroterapie. Pregătirea pentru operație este una standard. După procedură pacienții pot reveni rapid la activitățile zilnice, cu posibile dureri ușoare, vânăți și necesitatea purtării unui bandaj elastic.

În ultimii ani, au apărut și tehnici care pot închide lumenul venelor fără utilizarea temperaturilor mari. Respectiv, aplicarea lor nu necesită nici anestezie locală. Obliterarea venei se obține prin iritația mecanică sau chimică a peretelui venos. La așa metode se referă scleroterapia, care presupune injectarea de preparate sclerozante în venă. Există mai multe tipuri de scleroterapie, inclusiv cu sclerozant lichid sau spumos, cu sau fără ghidaj ecografic. Procedura presupune



străpungerea venei și introducerea preparatului, ce produce un disconfort minor. Preparatele sclerozante distrug stratul intern al venei și o „lipesc” din interior. Scleroterapia se realizează de obicei în mai multe ședințe, aproximativ o dată pe săptămână, iar durata tratamentului depinde de stadiul bolii. După procedură, se recomandă purtarea unui bandaj elastic și efectuarea unei plimbări scurte pentru a contribui la distribuția preparatului și a menține fluxul sanguin în venele sănătoase. Riscurile sunt minime, dar pot apărea efecte secundare precum vânătăi, umflături sau disconfort local.

Deși opțiunile existente de tratament „minim invaziv” pentru varice reprezintă un avantaj considerabil pentru pacienți, alegerea celei mai potrivite tehnici rămâne o provocare. Având în vedere că boala varicoasă nu se manifestă la fel de la un pacient la altul, tratamentul trebuie adaptat fiecărei situații în parte. Prin urmare, este importantă evaluarea beneficiilor și riscurilor fiecărei opțiuni împreună cu pacientul pentru a ajunge la o decizie comună.

10. Ce metode există pentru tratamentul venelor mici vizibile, care fac ca picioarele să arate inestetic?

Venele mici vizibile („steluțele” vasculare) pot fi tratate prin injectarea în ele a unei soluții chimice, ce duce la estomparea sau dispariția lor treptată. O altă opțiune este tratamentul cu laser aplicat pe piele. Acesta determină încălzirea și coagularea sângelui în vena respectivă. Astfel, venele devin mai mici și mai puțin vizibile sau dispar complet. Tratamentul acestor forme ușoare de boala venoasă cronică nu ține de activitatea medicilor chirurghi, de regulă se efectuează ambulator și este considerată o procedură estetică.


11. Ce intervenții pot ajuta în cazul unui ulcer venos la picior?

Tratamentul ulcerului venos este unul complex. Esențială este aplicarea compresiei elastice pentru a reduce din edemul picioarelor. Efectuarea exercițiilor pentru menținerea mobilității în mușchii gambei și scăderea în greutate în cazul obezității sunt de asemenea importante. Unele medicamente pot ajuta la vindecarea mai rapidă a ulcerului. Însă fără identificarea și rezolvarea cauzei ulcerului, metodele enumerate mai sus vor fi insuficiente. Dacă problema principală este disfuncția venelor superficiale, este recomandată ablația sau înlăturarea lor.

Anexa 2

FIȘA STANDARDIZATĂ
pentru auditul medical bazat pe criterii în BV

Nr	Domenii/Parametrii evaluați	Codificare	
1	Numărul fișei pacientului		
2	Data nașterii pacientului	ZZ/LL/AAAA sau 9 = nu se cunoaște	
3	Sexul pacientului	1	Bărbat
		2	Femeie
4	Mediul de reședință	1	Urban
		2	Rural
		9	Nu se cunoaște
INTERNARE			
5	Data debutului simptomelor	ZZ/LL/AAAA sau 9 = nu se cunoaște	
6	Instituția medicală unde a fost solicitat ajutorul medical primar	1	AMP
		2	AMU
		3	Secția consultativă
		4	Spital
		9	Nu se cunoaște
7	Data adresării primare după ajutor medical	ZZ/LL/AAAA sau 9 = nu se cunoaște	
8	Timpul adresării primare după ajutor medical	OO:MM sau 9 = nu se cunoaște	
9	Data sosirii la spital	ZZ/LL/AAAA	
	Departamentul în care s-a făcut internarea	1	Secția de chirurgie

Instituția medico-sanitară publică Centrul Național de Asistență Medicală Urgentă Prespitalicească 	PROTOCOL CLINIC INSTITUȚIONAL BOALA VARICOASĂ A EXTREMITĂȚILOR INFERIOARE LA ADULT
--	---

10		2	Secția de profil general	
		3	Secția de terapie intensivă	
		4	Alte	
DIAGNOSTIC				
11	Locul stabilirii diagnosticului	1	AMP	
		2	AMU	
		3	Secția consultativă	
		4	Spital	
		5	Instituție medicală privată	
12	Investigații imagistice	1	Nu	
		2	Da	
		9	Nu se cunoaște	
ISTORICUL PACIENTULUI				
13	Prezența bolii venoase cronice	1	Nu	
		2	Da	
		9	Nu se cunoaște	
14	Prezența patologiilor asociate	1	Nu	
		2	Da	
		9	Nu se cunoaște	
PREGĂTIRE PREOPERATORIE				
15	Pregătirea preoperatorie a fost efectuată în spital	1	Nu	
		2	Da	
16	Timpul efectuării pregătirii preoperatorii	OO:MM sau 9 = nu se cunoaște		
INTERVENȚIA CHIRURGICALĂ				
17	Intervenția chirurgicală a fost efectuată în spital	1	Nu	
		2	Da	
18	Data efectuării intervenției chirurgicale	ZZ/LL/AAAA		
19	Timpul efectuării intervenției chirurgicale	OO:MM		
20	Timpul efectuării intervenției chirurgicale de la debutul maladiei	OO:MM		
21	Timpul efectuării intervenției chirurgicale de la momentul internării	OO:MM		
22	Operația efectuată în mod	Urgent		
		Urgent-amânat		
		Programat		
23	Tipul anesteziei	Generală		
		Spinală		
		Locală		
EXTERNARE ȘI TRATAMENT				
24	Data externării	(ZZ/LL/AAAA)		
25	Data transferului interspitalicesc	(ZZ/LL/AAAA)		
26	Data decesului	(ZZ/LL/AAAA)		
27	Deces în spital	1	Nu	
		2	Din cauzele atribuite BV	
		3	Deces survenit ca urmare a patologiilor asociate	
		4	Alte cauze neatribuite BV	
		9	Nu se cunoaște	

BIBLIOGRAFIE:

PCN - 454 Boala varicoasă a membrelor inferioare la adult