Варикозное расширение вен таза и вульвы у женщин

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые · редакция 2026 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: I86.2, I86.3, I87.1 · Ассоциация сердечно-сосудистых хирургов России, Ассоциация флебологов России, Российское общество ангиологов и сосудистых хирургов

Варикозное расширение вен таза и вульвы — хроническое нетромботическое расширение тазовых или вульварных вен, часто связанное с рефлюксом и нарушением венозного оттока. Тактика зависит прежде всего от симптомов, распространённости рефлюкса и наличия гемодинамически значимых компрессионных стенозов; одно лишь расширение вен не является показанием к лечению.

Главное

- Наиболее характерны хроническая тупая или ноющая боль внизу живота, усиление боли при длительном стоянии, сидении, нагрузке и в середине менструального цикла, диспареуния, тяжесть в гипогастрии. Вульварный, промежностный или ягодичный варикоз считают патогномоничным признаком патологии тазовых вен; УДД 5, УУР С.
- Выраженность симптомов не отражает степень расширения тазовых вен: значительный диаметр может не сопровождаться жалобами, а выраженная боль возможна при минимальных изменениях. При отсутствии тазовой боли синдром тазового венозного полнокровия не устанавливают; УДД 5, УУР С.
- Первым инструментальным исследованием служит дуплексное сканирование тазовых и забрюшинных вен; его выполняют трансабдоминально, трансвагинально и транслабиально с провокационными пробами. Патологическим считают рефлюкс продолжительностью более 1 секунды; УДД 2, УУР А для ДУС как метода первой линии.
- Одного увеличения диаметра вен недостаточно для диагноза: при ДУС оценивают рефлюкс, его длительность и распространённость, проходимость вен, скорость кровотока и компрессионные изменения. Для гонадных, параметральных и маточных вен ориентиром служит расширение более 5 мм в сочетании с рефлюксом более 1 секунды.
- Лечение проводят при симптомном течении. При бессимптомном расширении вен медикаментозная профилактика не показана; предусмотрены наблюдение хирургом и ежегодное ДУС вен таза.
- Метод вмешательства выбирают по источнику рефлюкса и наличию компрессии: при рефлюксе по гонадным венам без гемодинамически значимого стеноза показаны их резекция или эмболизация, при вульварном и промежностном варикозе — локальное удаление или склеротерапия.
- При синдроме Мея—Тёрнера методом выбора лечения пациенток является стентирование подвздошных вен.

Диагностика

1. Собрать жалобы и анамнез: характер и локализацию боли, связь с ортостазом, нагрузкой, менструацией и половым актом, наличие дизурии и вульварного варикоза. Оценивать боль можно по ВАШ или цифровой рейтинговой шкале, влияние на активность — по шкале Ван-Корффа.
2. Провести осмотр в горизонтальном и вертикальном положениях: наружных половых органов, промежности, нижней части живота, паховых, ягодичных областей и задней поверхности бёдер; осмотреть нижние конечности на признаки хронического заболевания вен и пальпировать болезненные зоны; УДД 5, УУР С.
3. Выполнить гинекологический осмотр с бимануальным исследованием и проктологический осмотр; УДД 5, УУР С.
4. При хронической тазовой боли привлечь акушера-гинеколога, уролога, невролога и психиатра для исключения невенозных причин; УДД 5, УУР С.
5. Провести ДУС нижней полой, почечных, гонадных, параметральных, маточных, общих, наружных и внутренних подвздошных вен и их притоков. Исследование выполнять в нескольких положениях, с пробой Вальсальвы и мануальной компрессией; при венах промежности дополнительно возможны кашлевая проба и упражнение Кегеля.

6. Установить симптомное ВРВТ или синдром тазового венозного полнокровия при сочетании характерных клинических проявлений с расширением тазовых вен и рефлюксом по данным ДУС. Бессимптомную форму диагностируют при расширении вен и рефлюксе без клинических проявлений.
7. При подозрении на синдром щелкунчика выполнить общий анализ мочи для выявления гематурии и протеинурии; диагноз подтверждают клиникой, ДУС и флебографией. При подозрении на синдром Мея—Тёрнера используют МСКТ и флебографию для выявления сужения левой общей подвздошной вены.
8. МСКТ применяют после ультразвуковой верификации ВРВТ, при расхождении клинических и ультразвуковых данных, а также для уточнения анатомии перед вмешательством. При компрессионных синдромах флебографию с флеботонометрией или внутрисосудистое УЗИ используют для оценки гемодинамической значимости; МСКТ сама по себе не предназначена для оценки гемодинамической значимости стеноза подвздошных вен.

Лечение

- Консервативную терапию назначают только при симптомном течении, особенно при изолированном рефлюксе в параметральных, маточных или аркуатных венах. Изолированное расширение этих вен не является основанием для их хирургического удаления или эндоваскулярной окклюзии; УДД 4–5, УУР С.
- Для уменьшения хронической тазовой боли используют компрессионные шорты II класса; при сочетании с заболеванием вен нижних конечностей добавляют компрессионные чулки II класса. Одни только компрессионные чулки для лечения ВРВТ не показаны; УДД 4, УУР С.
- Биофлавоноиды назначают при симптомном ВРВТ и синдроме тазового венозного полнокровия, особенно при изолированном поражении тазовых венозных сплетений; УДД 3, УУР С.
- Схему и дозу биофлавоноидов определяют согласно инструкции производителя в отношении хронических заболеваний вен; при бессимптомной форме биофлавоноиды не назначают.
- При выраженной боли допустим кратковременный симптоматический курс нестероидных противовоспалительных и противоревматических препаратов, предпочтительно в форме ректальных или вагинальных суппозиториев; УДД 3, УУР С. Гормоны и родственные соединения для купирования хронической тазовой боли при ВРВТ и как патогенетическое лечение синдрома тазового венозного полнокровия не рекомендуются.
- При длительной тазовой боли с тревогой или депрессивными проявлениями возможен циталопрам 20–60 мг/сут однократно в течение 3 месяцев; назначение психофармакотерапии согласуют с психиатром; УДД 4, УУР С.
- При симптомном тазовом венозном полнокровии, рефлюксе по гонадным венам и отсутствии гемодинамически значимой компрессии левой почечной и левой общей подвздошной вен устраняют рефлюкс резекцией или эмболизацией гонадных вен; УДД 4–5, УУР С.
- При резекции гонадных вен рекомендуется мобилизация и резекция не менее 10–12 см сосуда.
- При вульварном, промежностном, ягодичном варикозе и варикозе заднемедиальной поверхности бедра, связанном с пельвио-перинеальным рефлюксом, применяют флебэктомию или склеротерапию. При диаметре вен до 5 мм возможна склеротерапия; при большем диаметре предпочтительнее флебэктомия.
- Для склеротерапии используют лауромакрогол-400 или натрия тетрадецилсульфат в жидкой или пенной форме; после процедуры проводят мануальную компрессию 3–5 минут.
- При синдроме щелкунчика реконструктивные операции рекомендуются при клинических и лабораторных проявлениях и рено-кавальном градиенте более 3 мм рт. ст.
- Стентирование левой почечной вены рекомендовано как метод лечения синдрома щелкунчика и коррекции левосторонней венозной почечной гипертензии.
- После вмешательств на гонадных венах рекомендуют раннюю активизацию и назначение препаратов группы гепаринов через 6–8 часов.
- После стентирования левой почечной или подвздошной вены указана профилактическая доза гепарина 1 мг/кг подкожно 1 раз в сутки с последующим пероральным антитромботическим лечением не менее 6 месяцев.

Когда направить и как наблюдать

- При признаках ВРВТ или ВРВВ направить к хирургу либо сердечно-сосудистому хирургу.

- Пациенткам с хронической тазовой болью дополнительно нужны консультации акушера-гинеколога, уролога, невролога и психиатра для исключения невенозных причин.
- Плановая госпитализация показана для хирургического или эндоваскулярного лечения синдрома тазового венозного полнокровия, синдрома щелкунчика и синдрома Мея—Тёрнера. Курс консервативной терапии и флебосклерозирование ВРВВ сами по себе показанием к госпитализации не являются.
- Экстренно госпитализируют при эмболоопасном тромбозе тазовых вен: тромбозе гонадных вен с переходом на нижнюю полую или левую почечную вену либо тромбозе внутренних подвздошных вен. Тромбоз параметральных вен и тромбофлебит вульварных вен могут лечиться амбулаторно.

Частые вопросы

Достаточно ли обнаружить расширенные тазовые вены для постановки диагноза и начала лечения?

Нет. Для симптомного ВРВТ нужны клинические проявления, расширение вен и рефлюкс по данным ДУС; при бессимптомной форме диагноз также требует выявления рефлюкса. Одного увеличения диаметра вен недостаточно для установления диагноза.

Какое исследование выбрать первым при подозрении на ВРВТ?

Первой линией является дуплексное сканирование вен таза и забрюшинного пространства. Его выполняют в трансабдоминальном, трансвагинальном и транслабиальном режимах, с исследованием в разных положениях и провокационными пробами; УДД 2, УУР А.

Какой рефлюкс при ДУС считают патологическим?

Рефлюкс продолжительностью более 1 секунды расценивают как патологический. Для клапанной недостаточности гонадных вен также учитывают расширение более 5 мм, низкую скорость кровотока менее 3 см/с или ретроградный кровоток.

Когда при ВРВТ нужны резекция или эмболизация гонадных вен?

При симптомах тазового венозного полнокровия, расширении тазовых вен и рефлюксе по гонадным венам, если нет гемодинамически значимого стеноза левой почечной или левой общей подвздошной вены. Рефлюкс устраняют резекцией либо эмболизацией гонадных вен.

Как предупреждать тромбоз после вмешательства на гонадных венах?

Нужны ранняя активизация и назначение препаратов группы гепаринов через 6–8 часов после резекции или эмболизации. После ЭГВ выполняют ДУС для оценки проходимости вен; тромбоз нетаргетных вен требует консервативного лечения.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/1039-varikoznoe-rasshirenie-ven-taza-i-vulvy-u-zhenshchin. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/1039_1