

ВИПАДКИ З ПРАКТИКИDOI: 10.21802/artm.2025.3.35.131
УДК 618.2:616.14-007.6**ВАГІТНІСТЬ ЯК ПРИЧИНА РІДКІСНОГО ВАРІАНТА ПРАВОБІЧНОГО СИНДРОМУ ЛУСКУНЧИКА**І.І. Кобза¹, І.Р. Нестеренко², Б.М. Гаврилів³, О.Б. Ященко⁴¹Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, кафедра хірургії № 2, м. Львів, Україна²Івано-Франківський національний медичний університет, кафедра загальної та судинної хірургії, м. Івано-Франківськ, Україна³КНП Львівська обласна клінічна лікарня, відділення судинної хірургії, м. Львів, Україна⁴КНП Львівська обласна клінічна лікарня, відділення акушерства і гінекології, м. Львів, Україна¹ORCID ID: 0000-0001-8493-414X, e-mail: ihor_kobza@ukr.net²ORCID ID: 0000-0002-8358-291X, e-mail: irnesterenko@ifnmu.edu.ua

Резюме. Синдром Лускунчика (СЛ) – це рідкісна патологія, що виникає під час компресії лівої ниркової вени (ЛНВ) між аортою та верхньою брижовою артерією. Така аномалія рідко діагностується через низьку інформованість і поліморфізм клінічних проявів, проте наслідки флебогіпертензії у системі ЛНВ (лівобічне варикоцеле, лівобічний пудендальний варикоз, гематурія, протеїнурія та в деяких випадках ниркова недостатність) становлять значну медичну та соціальну проблему. Правобічний СЛ – більш рідкісний варіант групи абдомінальних судинно-компресійних синдромів (АСКС). Вагітність є визначальним фактором, що сприяє правобічному СЛ через екстравазальну компресію правої ниркової вени вагітною маткою.

Метою нашого дослідження є аналіз незвичайного клінічного випадку правобічного СЛ із нетиповою клінічною картиною, що підтверджує необхідність обізнаності лікарів щодо АСКС. Наведено приклад складної діагностики правобічного СЛ із нетиповою клінічною маніфестацією у пацієнтки (24 р.), яка була ургентно госпіталізована в хірургічне відділення з клінікою гострого апендициту на 3-тю добу після пологів.

Пацієнтці виконано передопераційне ультразвукове дослідження органів черевної порожнини та малого тазу – візуалізовано множинні гіпоехогенні утвори у правій здухвинній ділянці розміром 1,5–1,7 см. Інтраопераційно верифіковано варикозно-змінену, звивисту, тромбовану праву яєчникову вену великих розмірів, яку видалено на всьому протязі разом з правими додатками. Післяопераційний період перебігав без ускладнень. Пацієнтка виписана на 7-му добу. За даними контрольного ультразвукового обстеження (на 5-ту добу після втручання) патології не виявлено. Клінічна симптоматика у віддаленому післяопераційному періоді відсутня.

Виражений поліморфізм клінічних проявів значно ускладнює діагностику й менеджмент судинно-компресійних синдромів; декомпенсовані форми тазової венозної конгестії вимагають мультидисциплінарного підходу та своєчасного адекватного хірургічного лікування.

Ключові слова: синдром Лускунчика, абдомінальні судинно-компресійні синдроми, тазовий флебостаз, хірургічне лікування.

Вступ. Синдром Лускунчика (СЛ) – рідкісна патологія, що виникає під час компресії лівої ниркової вени (ЛНВ) між аортою та верхньою брижовою артерією. Така аномалія рідко діагностується через низьку інформованість і поліморфізм клінічних проявів, проте наслідки флебогіпертензії у системі ЛНВ (лівобічне варикоцеле, лівобічний пудендальний варикоз, гематурія, протеїнурія та в деяких випадках ниркова недостатність) становлять значну медичну та соціальну проблему [1]. Правобічний СЛ – більш рідкісний варіант групи абдомінальних судинно-компресійних синдромів (АСКС). Вагітність є визначальним фактором, що сприяє правобічному СЛ через екстравазальну компресію правої ниркової вени вагітною маткою [2, 3].

Метою дослідження є повідомлення про незвичайний клінічний випадок правобічного СЛ із нетиповою клінічною картиною, що підтверджує необхідність обізнаності лікарів щодо АСКС.

Об'єкт і методи дослідження. Наведемо приклад складної діагностики правобічного СЛ з нетиповою клінічною маніфестацією. Під нашим спостереженням перебувала пацієнтка (24 р.), ургентно госпіталізована в хірургічне відділення з клінікою гострого апендициту на 3-тю добу після пологів. Під час поступлення жінка скаржилася на інтенсивний біль у правій здухвинній ділянці, який турбував її останні 2 дні, вказує на погіршення стану протягом останніх годин.

Пацієнтці виконано передопераційне ультразвукове дослідження органів черевної порожнини та малого тазу. У правій здухвинній ділянці визначаються поодинокі гіпоехогенні ділянки розміром 1,5–1,7 см.

Пацієнтці проведено хірургічне втручання ургентно.

Протокол операції. Видалення варикозно зміненої правої яєчничкової вени з додатками. Санація та дренивання черевної порожнини. Тривалість

операції – 1 год 55 хв. В асептичних умовах черевна порожнина розкрита пошарово – нижньосерединна лапаротомія. Кишківник відгороджено салфетками. В черевній порожнині випіт 200 мл. У рану передлягає матка побільшена до 20-ти тижневої вагітності, бліда, пастозна. Ліві додатки візуально не змінені, справа яєчник 5x3,5 см, з набряком, маткова труба і листки широкої зв'язки у верхній третині з набряком, який від ребра матки поширюється в позаочеревинний простір. Петлі кишківника й апендикулярний відросток візуально не змінені. Позаочеревинно пальпується щільний, горбистий утвір розміром 14x9 см, який з ділянки гіпогастрію поширюється до мезогастрію. Рану розширено з обходом пупка, розкрито позаочеревинний простір. Справа позаочеревинно, по задньо-боковій стінці малого таза з переходом на задньо-бокову

стінку живота виявлено утвір 14x8 см (м'яко-еластичної консистенції, малорухомих) з ознаками запалення, набряку та лімфостазу навколишніх тканин (рис.1). Під час мобілізації заочеревинного простору верифіковано варикозно-змінену, звивисту, тромбовану яєчникову вену, яка охоплює сплетеннями яєчник і маткову трубу внизу та поширюється вгору до нижньої порожнистої вени. Тромбовану праву яєчникову вену мобілізовано з оточуючих запалених тканин і від нижньої порожнистої вени, відсічено її в місці впадіння в нижню порожнисту вену, отримано добрий ретроградний кровоплин, стінку нижньої порожнистої вени ушито. Тромбовану праву яєчникову вену видалено на всьому протязі разом із правими додатками. Контроль гемостазу. Додатково лігвані судини матки.



Рис. 1. Тромбована права яєчникова вена

Перебіг післяопераційного періоду був без ускладнень. Хвора отримувала цефуросим 1,5 г в/в двічі на день 3 дні, еноксапарин 0,4 п/ш двічі на день 6 днів, декскетопрофен 2,0 в/м при болях. Пацієнтка виписана на 7-му добу. За даними контрольного ультразвукового обстеження УЗД (на 5-ту добу після втручання) патології не виявлено. Клінічна симптоматика у віддаленому післяопераційному періоді відсутня.

Результати дослідження та їх обговорення. Флебогіпертензія в системі ЛНВ зазвичай є наслідком аорто-мезентеріальної компресії (СЛ) і призводить не лише до явищ венозного застою лівої нирки, але й до розвитку тазового флестазу.

Частота і важкість симптомів СЛ варіює від асимптомної мікрогематурії до важких форм тазової венозної конгестії. Деякі пацієнти вказують на виражену і постійну клінічну симптоматику, деякі, особливо діти, відмічають асимптомний перебіг [4].

Ідіопатична гематурія – найбільш специфічний симптом СЛ, що виникає внаслідок розриву тонкостінних венул лівої нирки, внаслідок підвищення венозного тиску в збиральній системі нирок, варіює від мікрогематурії до важкої персистуючої макрогематурії з розвитком анемії [2].

Окрім гематурії, СЛ маніфестує наступними клінічними проявами: лівобічний біль у животі й

поперекової ділянки, лівобічне варикоцеле в чоловіків і лівобічний пудендальний варикоз у жінок, проте неспецифічність та поліморфізм клінічної симптоматики значно ускладнює встановлення діагнозу [5].

Наслідком флебогіпертензії в системі ЛНВ у жінок є тазовий варикоз, частота якого ще недостатньо вивчена і за різними даними коливається від 54 до 80,0 % [4].

Актуальність і важливість зазначеної проблеми підкреслює той факт, що тазовий флестаз – це патологія, що трапляється переважно у жінок репродуктивного віку, проте на сьогодні відсутні дані щодо його впливу на виникнення ідіопатичних форм непліддя, виношування вагітності, перебіг пологів, виникнення та перебіг гінекологічної патології [6, 8]. Відомо, що тазовий варикоз не тільки супроводжує різні гінекологічні захворювання, але й є причиною хронічного тазового болю (синдром тазової конгестії) [6, 9]. Розширення вен малого таза до теперішнього часу нерідко вважалося випадковою діагностичною знахідкою.

У юному віці частіше діагностують безсимптомні форми захворювання, при яких органічні зміни у венозній системі малого таза виявляють лише під час використання додаткових методів дослідження [7].

Водночас приблизно 10 % гінекологічних хворих страждають від хронічного тазового болю [7, 10]. Ці пацієнтки роками безуспішно обстежуються та лікуються через хронічні запальні процеси додатків, генітальний ендометріоз [6, 7].

Згідно з даними Mayo Clinic із больовим синдромом на фоні тазового варикозу звертається кожна п'ята жінка. Водночас правильний діагноз ставиться лише у 2 % випадків, до 40 % необгрунтованих гістеректомій пов'язані з недіагностованим синдромом тазової венозної конгестії (Annual medical bulletin Mayo Clinic, 1999).

За різними даними причиною тазового венозного повнокр'я у 74 % випадків є СЛ, у 17 % – синдром Мейо–Тернера, у 9 % – поєднання цих двох причин [6, 8].

Повного опису клінічної картини СЛ практично немає в літературі через неспецифічність симптомів і різну інтенсивність клінічних проявів. Проте, за даними Basile A., вираженість клінічних симптомів чітко корелює з рівнем гіпертензії в ЛНВ та зі ступенем її компресії [6].

Висновки. Виражений поліморфізм клінічних проявів значно ускладнює діагностику й менеджмент судинно-компресійних синдромів. Декомпенсовані форми тазової венозної конгестії вимагають мультидисциплінарного підходу та своєчасного адекватного хірургічного лікування.

Конфлікт інтересів: відсутній.

References:

1. Kolber MK, Cui Z, Chen CK, Habibollahi P, Kalva SP. Nutcracker syndrome: diagnosis and therapy. *Cardiovasc Diagn Ther.* 2021 Oct; 11(5):1140-1149. DOI: 10.21037/cdt-20-160. PMID: 34815965; PMID: PMC8569268
2. Radisic MV, Feldman D, Diaz C, Froment RO. Unexplained hematuria during pregnancy: right-sided nutcracker phenomenon. *Int Urol Nephrol.* 2007; 39(3):709-11. DOI: 10.1007/s11255-006-9101-x. Epub 2006 Sep 20. PMID: 17031506
3. Zapardiel I, Sanfrutos L, Perez-Medina T, Godoy-Tundidor V, Delafuente-Valero J, Zanagnolo V. Clinical management of Nutcracker's syndrome during pregnancy. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2010 Jul; 23(7):589-92. DOI: 10.1080/14767050903189008. PMID: 19670046
4. Nesterenko IR. Polymorphism of Clinical Manifestations in Patients with “the Nutcracker Syndrome”. *J Educ Health Sport.* 2021 August 31. DOI: 10.12775/JEHS.2021.11.08.042
5. Kobza I, Nesterenko IR. “Reimplantation of the Left Renal Vein in Case of Nutcracker Syndrome: A 25-Year Experience of One Center”. *Zaporozhye Medical Journal.* 2024 May; 26(3):200-3. DOI: 10.14739/2310-1210.2024.3.2995585
6. Basile A, Failla G, Gozzo C. Pelvic Congestion Syndrome. *Semin Ultrasound CT MR.* 2021 Feb; 42(1):3-12. DOI: 10.1053/j.sult.2020.07.001. Epub 2020 Jul 9. PMID: 33541587
7. Bałabuszek K, Toborek M, Pietura R. Comprehensive overview of the venous disorder known as pelvic congestion syndrome. *Ann Med.* 2022 Dec; 54(1):22-

36. DOI: 10.1080/07853890.2021.2014556. PMID: 34935563; PMID: PMC8725876
8. Fresa M, Rieder W, Vial Y, Keller S, Porceddu E, Mazzolai L. Syndrome de congestion pelvienne: du diagnostic au traitement [Pelvic congestion syndrome: from diagnosis to treatment]. *Rev Med Suisse.* 2023 Dec 6; 19(853):2310-2315. French. DOI: 10.53738/REVME.2023.19.853.2310. PMID: 38063450
9. Alsannan B, Alzeeny A, Etrusco A, Laganà AS, D'Amato A, Tulandi T. Diagnosis and Management of Pelvic Congestion Syndrome: Comprehensive Review. *Gynecol Obstet Invest.* 2024; 89(6):437-444. DOI: 10.1159/000539931. Epub 2024 Jul 22. PMID: 38981444
10. Kaufman C, Little NA. Pelvic Congestion Syndrome: A Missed Opportunity. *Indian J Radiol Imaging.* 2021 Sep 7; 31(3):539-544. DOI: 10.1055/s-0041-1735497. PMID: 34790295. PMID: PMC8590552

UDC 618.2:616.14-007.6

PREGNANCY AS A CAUSE OF A RARE VARIANT OF RIGHT-SIDED NUTCRACKER SYNDROME

I.I. Kobza¹, I.R. Nesterenko², B.M. Gavryliv³, O.B. Yashchenko⁴

¹Danylo Halytsky Lviv National Medical University, department of Surgery No.2, Lviv, Ukraine

²Ivano-Frankivsk National Medical University, department of General and Vascular Surgery, Ivano-Frankivsk, Ukraine

³Lviv Regional Clinical Hospital, vascular surgeon, Lviv, Ukraine

⁴Lviv Regional Clinical Hospital, obstetrician-gynecologist, Lviv, Ukraine

¹ORCID ID:0000-0001-8493-414X,

e-mail: ihor_kobza@ukr.net

²ORCID ID:0000-0002-8358-291X,

e-mail: irnesterenko@ifnm.edu.ua

Abstract. Nutcracker syndrome (NS) is a rare pathology that occurs when the left renal vein (LRV) is compressed between the aorta and the superior mesenteric artery. This anomaly is rarely diagnosed due to low awareness and polymorphism of clinical manifestations, but the consequences of phlebohypertension in the left renal vein system (left-sided varicocele, left-sided pudendal varices, hematuria, proteinuria and, in some cases, renal failure) constitute a significant medical and social problem.

Right-sided NS is an even rarer variant of the group of abdominal vascular compression syndromes (AVCS). Pregnancy is a determining factor contributing to right-sided NS due to extravasal compression of the right renal vein by the gravid uterus. The aim of our study was to analyze an unusual clinical case of right-sided NS with an atypical clinical picture, which confirms the need for physicians to be aware of AVCS. An example of a complex diagnosis of right-sided NS with an atypical clinical manifestation in a 24-year-old patient who was urgently hospitalized in the surgical department with a clinic of acute appendicitis on the 3rd day after delivery is presented. The patient underwent a preoperative ultrasound

examination of the abdominal cavity and pelvic organs – multiple hypoechoic masses in the right iliac region measuring 1.5 – 1.7 cm were visualized. Intraoperatively, a large varicose, tortuous, thrombosed right ovarian vein was verified, which was removed in its entirety along with the right appendages. The postoperative period was without complications. She was discharged on the 7th day. According to the control ultrasound examination on the 5th day after the intervention, no pathology was detected. There are no clinical symptoms in the long-term postoperative period. Pelvic phlebostasis is a pathology that occurs mainly in women of reproductive age, but to date there is no data on its impact on the occurrence of idiopathic forms of infertility, pregnancy, the course of childbirth, the occurrence and course of gynecological pathology. It is known that pelvic varicose veins not only accompany various gynecological diseases, but also cause chronic pelvic pain (pelvic congestion syndrome). Pelvic varices have until now been more often considered an incidental diagnostic finding.

At a young age, asymptomatic forms of the disease are more often diagnosed, in which organic changes

in the venous system of the small pelvis are detected only when using additional research methods.

At the same time, about 10 % of gynecological patients suffer from chronic pelvic pain. These patients have been unsuccessfully examined and treated for years for chronic inflammatory processes of the appendages, genital endometriosis. According to various data, the cause of pelvic venous congestion in 74 % of cases is NS, in 17 % – May-Turner syndrome, in 9 % – a combination of these two causes.

The pronounced polymorphism of clinical manifestations significantly complicates the diagnosis and management of vascular compression syndromes, decompensated forms of pelvic venous congestion require a multidisciplinary approach and timely adequate surgical treatment.

Keywords: nutcracker syndrome, abdominal vascular compression syndromes, pelvic phlebostasis, surgical treatment.

Conflict of interest: absent.

Стаття надійшла в редакцію 20.04.2025 р.

Стаття прийнята до друку 18.08.2025 р.