

индивидуальные особенности каждого пациента. Эффективная диагностика и понимание клинической картины БП являются ключевыми для выбора оптимального метода лечения и улучшения качества жизни пациентов. Дальнейшее исследование этиологии и патогенеза заболевания может привести к разработке более эффективных методов терапии и помощи пациентам.

Список литературы

1. Лелявин, К. Б. Актуальные представления о болезни Пейрони (клиническая лекция) / К. Б. Лелявин // Acta biomedica scientifica. – 2023. – Т. 8, № 4 – С. 136–146.
2. Канто, А. А. Анналы урологии: От 5000 года до н.э. до 2014 года: Справочно-энциклопедическое исследование – М. : Полиграф–Информ, 2014. – 544 с.
3. Inhibition of histone deacetylase 2 mitigates profibrotic TGF- β 1 responses in fibroblasts derived from Peyronie's plaque / J. K. Ryu [et al.] // Asian J Androl – 2013. – № 15. – С. 640–645.
4. Клиники Беларуси [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://clinicsbel.by>. – Дата доступа: 30.03.2025
5. Доста, Н. И. Болезнь Пейрони / Н. И. Доста, Д. М. Ниткин, Р. В. Дорошевич. – Минск : Капитал Принт, 2018. – 232 с.
6. National Library of Medicine [Electronic resource]. – Mode of access: <http://www.pubmed.ncbi.nlm.nih.gov>. – Date of access: 30.03.2025.
7. Губанов, Е. С. Определение болезни Пейрони дистанционно – возможно или нет? / Е. С. Губанов // Дайджест урологии. – 2021. – № 2. – С. 74–78.
8. Ширин, Г. В. Болезнь Пейрони и первый опыт использования пейрофлекса / Г. В. Ширин, Н. А. Федорова // Вестник урологии. – 2021. – Т. 9, № 2. – С. 150–156.

АОРТО-МЕЗЕНТЕРИАЛЬНЫЙ ПИНЦЕТ

Ленский Д. В., Дубинин М. В., Угольник Т. С.

Гомельский государственный медицинский университет
Республика Беларусь, г. Гомель

Актуальность. Синдром щелкунчика (NCS – Nutcracker syndrome) также известен как синдром сдавления левой почечной вены (LRV) верхней брыжеечной артерией с развитием левосторонней почечной флебогипертензии. Данное состояние приводит к стенозу аортобрыжеечной области LRV с расширением дистальной части сосуда. Клинические проявления NCS связаны с затруднением оттока из LRV в нижнюю полую вену из-за наличия сдавления. Название синдром щелкунчика происходит от визуального образа, который создают анатомические структуры: левая почечная вена оказывается «раздавленной» между аортой и верхней брыжеечной артерией. Данный синдром был впервые описан в 1937 году, когда анатомические особенности были представлены как аналогия с орехоколом [1].

Синдром щелкунчика представляет собой относительно редкое, но потенциально опасное заболевание. Частота встречаемости NCS составляет около 1-2% среди пациентов с варикозным расширением вен. В последнее время

увеличения заболеваемости сосудистыми патологиями и изменений в образе жизни населения, таких как ожирение и малоподвижный образ жизни, важность изучения NCS возрастает. Понимание этиологии, патогенеза NCS, знание анатомических особенностей аномалий левой почечной вены и клинических проявлений синдрома щелкунчика способствует его ранней диагностике и профилактике осложнений (таких как тромбообразование).

Цель. Изучить причины, факторы риска, механизм развития и клинические проявления аорто-мезентериального пинцета по данным отечественных и зарубежных источников литературы.

Результаты. В настоящее время факторы риска аорто-мезентериального пинцета продолжают изучаться. Но уже известно, что наличие или отсутствие вредных привычек не влияет на развитие болезни. Однако есть факторы, способствующие развитию NCS. Показано, что не сбалансированное питание, склонность к перееданию ведут к ожирению и повышению внутрибрюшного давления и могут повысить вероятность развития данного синдрома. Также выделяют и другие факторы риска возникновения болезни: астеническое телосложение, чрезмерные нагрузки или травматические повреждения поясничной зоны, анатомические аномалии почки и почечных вен, беременность, роды, резкое уменьшение веса, перенесенные хирургические вмешательства, опухоли в брюшной полости, сдвигающие и сжимающие элементы сосудистого русла [2].

Наиболее частые клинические проявления NCS включают гематурию (самый частый симптом), протеинурию, боль в животе и поясничной области и варикоцеле. Появление гематурии связано с повышенным давлением в LRV. Другим частым симптомом NCS является ортостатическая протеинурия, наблюдающаяся в период полового созревания. Механизм ортостатической протеинурии требует дальнейшего изучения. Абдоминальная боль и боли поясничной области – результат воспалительного процесса, вызванного венозной гипертензией. Развитие варикоцеле связано с высоким давлением LRV и наличием коллатерального кровообращения. Недостаток околопочечной клетчатки может приводить к уменьшению аорто-мезентериального угла и быть фактором риска развития NCS.

Аномалии левой почечной вены обычно классифицируются на четыре типа, что также усложняет диагностику и требует индивидуального подхода к каждому пациенту. При I типе вентральная преаортальная ветвь левой почечной вены облитерирована, но дорсальная ретроаортальная ветвь сохраняется и соединяется с нижней полую вену в ортотопическом положении. Тип II возникает в результате облитерации вентральной преаортальной ветви левой почечной вены, а оставшаяся дорсальная ветвь превращается в ретроаортальную левую почечную вену. Левая почечная вена проходит на уровне L4 – L5 и соединяется с гонадной и восходящей поясничной венами перед впадением в нижнюю полую вену. Тип III – циркумаортальная левая почечная вена или венозный воротник. Этот тип обусловлен сохранением субсупракардиальных и межуспракардиальных анастомозов и дорсальной конечности левой почечной вены. Если учитывать все малые ретроаортальные вены, впадающие в нижнюю

полуую вену, то частота встречаемости циркумаортальной левой почечной вены может достигать 16 %. При IV типе вентральная преаортальная ветвь левой почечной вены облитерируется, а оставшаяся дорсальная ветвь становится ретроаортальной левой почечной веной. Затем ретроаортальная левая почечная вена проходит косо и каудально позади аорты и соединяется с левой общей подвздошной веной [3].

Патологию можно заподозрить по регулярному появлению большого количества крови в моче, болям в пояснице и нижней части живота. Косвенные признаки заболевания: развитие тяжелого варикоза, варикоцеле, не сопровождающихся изменениями на рентгенограмме позвоночника. Пациентам назначают анализ мочи для выявления гематурии и протеинурии. Проводится УЗИ сосудов брюшной полости, на котором видны расширенные вены, и доплерография, регистрирующая патологические кровотоки.

Лечение начинается с консервативных методов. В почечную вену вводят расширитель – стент, сохраняющий ее просвет открытым и позволяющий крови свободно циркулировать. Пациентам с NCS нужно наблюдаться у уролога и регулярно сдавать анализы. При безуспешности консервативного лечения делают операцию, во время которой создают обходные пути для кровотока [4].

Выводы. Аорто-мезентериальный пинцет (синдром щелкунчика) – сложное заболевание с многообразием клинических проявлений и факторов риска. Понимание его механизмов и клинических симптомов необходимо для своевременной диагностики и лечения пациентов.

Список литературы

1. Белый, Л. Е. Макрогематурия: от симптома к диагнозу / Л. Е. Белый, И. И. Коньшин // Врач скорой помощи. – 2012. – № 3. – С. 43-47.
2. Хартинг, О. С. Синдром сдавления левой почечной вены в аорто-мезентериальном пинцете (nutcracker syndrome) / О. С. Хартинг // Флебологическая наука и практика. – 2010. – Т. 36. – С. 10-13.
3. Пак, К. С., Ли, С. С., Чо, К. Н. Ультразвуковая оценка почечной функции / К. С. Пак, С. С. Ли, К. Н. Чо [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://icurology.org/DOIx.php?id=10.4111/kju.2010.51.4.276>. – Дата доступа: 27.03.2024.
4. Синдром щелкунчика: когда почечная вена зажата в пинцет [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://unclinic.ru/sindrom-shhelkunchika-kogda-pochechnaja-vena-zazhata-v-pincet/>. – Дата доступа: 27.03.2024.