

Редкий случай синдрома Данбара у подростка

Rare case of Dunbar syndrome in a teenager

Тягушева Евгения Николаевна, Куряева Амина Ильясовна

Научные руководители: Науменко Елена Ивановна, к.м.н., доцент, ФГБОУ ВО «МГУ им. Н.П. Огарева»;

Щекина Наталья Владимировна, ГБУЗ ДРКБ РМ

ФГБОУ ВО «МГУ им. Н.П. Огарева», Саранск, Российская Федерация

Актуальность. Синдром Данбара — редкое заболевание, которое поражает примерно 2 на 100 тыс. человек, проявляющееся абдоминальными болями и диспептическими расстройствами из-за стеноза чревного ствола, вызванного сдавлением этого сосуда срединной дугообразной связкой диафрагмы. Большинство пациентов имеют случайно выявленную артериальную гипертензию (АГ). Патофизиологические механизмы развития синдрома компрессии чревного ствола остаются не до конца понятными.

Цель. Описание клинического случая синдрома компрессии чревного ствола у подростка со вторичной АГ.

Клинический случай. Девочка М., 16 лет, предъявляет жалобы на повышение цифр артериального давления (АД) до 170/100 мм рт. ст., кардиалгии, головную боль. В анамнезе неоднократные боли в животе, по поводу чего находилась на учете у гастроэнтеролога. С 2021 г. на приеме у педиатра выявлено повышение АД до 160/95 мм рт. ст. на фоне сильных головных болей. Направлена к кардиологу по месту жительства, заподозрена вторичная АГ из-за показателей АД на ногах ниже, чем на руках. Направлена на стационарное обследование в кардиологическое отделение ДРКБ для проведения углубленного обследования и уточнения диагноза. Результаты обследования: СМАД — в дневные часы максимальное (макс.) САД — 175 мм рт. ст., макс. ДАД — 98 мм рт. ст., ИГ САД (85%), ДАД (19%). В ночные часы: макс. САД — 142 мм рт. ст., макс. ДАД — 87 мм рт. ст. В ночные часы гипертонический ИВ САД (78%), ИВ ДАД (64%). Макс. САД — 148 мм рт. ст., ДАД — 85 мм рт. ст.

Динамика АД характерна для стабильной систолической артериальной гипертензии в течение суток. Проведено ЦДС сосудов брюшной полости: УЗ-признаки гемодинамически значимого стеноза чревного ствола. Проведена аортография, где определяется выраженный стеноз чревного ствола, диаметр в устье — 4,72 мм, в зоне стеноза — 0,63 мм, процент сужения — 86,72–98,24%. Определяется постстенозное расширение дистальной трети чревного ствола. При ангиографии левой почки в венозную фазу отмечается выраженное нарушение венозного оттока от левой почки, дефект контрастирования в проекции верхней мезентеральной артерии и аорты с ослабленным кровотоком.

Обсуждение. По итогам проведенного обследования у ребенка выявлено фрагментарное сужение абдоминального отдела аорты, признаки компрессии левой почечной вены, что привело к развитию вторичной АГ. Выставлен клинический диагноз: «Коарктация абдоминального отдела аорты, стеноз чревного ствола, аортomezентериальная компрессия левой почечной вены. Вторичная АГ». Ребенку показана консультация сосудистого хирурга для решения вопроса о дальнейшей тактике ведения.

Заключение. При выявлении повышенного АД на руках необходимо обязательно измерять АД на ногах на приеме у участкового педиатра, так как это может быть «красным флагом» для выявления вторичного генеза АГ. Современные методы диагностики в сочетании с клиническими проявлениями позволяют неинвазивными способами диагностировать такую редкую причину вторичной АГ у детей, как синдром Данбара.