

Синдром серединної дугоподібної зв'язки: клінічний випадок рідкісного діагнозу

UDC: 616.13-007.64:616.33-008.6(083.1)

Received: October 06, 2025

Accepted: January 15, 2026

DOI: [https://doi.org/10.32345/USMJ.1\(160\).2026.32-36](https://doi.org/10.32345/USMJ.1(160).2026.32-36)

Published online: March 31, 2026

**Володимир Чернявський, Леонід Павловський, Леся Гвоздецька,
Владислав Демешко, Вікторія Тищенко**

Кафедра внутрішньої медицини з курсом гастроентерології,
Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, м. Київ, Україна

ORCID:

Volodymyr Chernyavskiy	0000-0001-5831-8810
Leonid Pavlovskiy	0000-0001-7121-5867
Lesya Gvosdetska	0000-0002-3973-762X
Victoria Tishchenko	0000-0002-4157-4428
Vladislav Demeshko	

Corresponding Author:

Leonid Pavlovskiy

E-mail: Leonya545@gmail.com

Анотація: синдром серединної дугоподібної зв'язки, або синдром Данбара є одним із рідкісних синдромів у клінічній практиці. Він характеризується різноманітною клінічною картиною, яка утруднює його діагностику та робить його діагнозом виключення. Мета дослідження: аналіз клінічного випадку – синдрому Данбара, щоб актуалізувати проблему для лікарів, які стикаються з пацієнтами з тривалими симптомами з боку шлунково-кишкового тракту незрозумілого походження. Матеріали та методи. Пацієнта протягом майже 20 років турбували постійні болі в животі, порушення стулу, здуття, а в останні роки приєдналася значна втрата маси тіла. Він був багаторазово проконсультований різними спеціалістами та всебічно обстежений з використанням всіх доступних методів. З приводу цього постійно приймав різноманітні препарати зокрема антидепресанти, проте значного покращення не спостерігалось. Був направлений на КТ-ангіографію, де був підтверджений компресійний стеноз черевного стовбура дугоподібною зв'язкою діафрагми. У зв'язку з цим пацієнт був направлений до судинного хірурга. Після оперативного втручання загальний стан пацієнта покращився, а скарги на біль та інші симптоми зменшилися або повністю зникли вперше за 18 років. Висновок: синдром Данбара слід включати в диференційний діагноз на етапі, коли природа симптомів пацієнта не має чіткого пояснення.

Ключові слова: синдром серединної дугоподібної зв'язки, синдром Данбара, синдром компресії черевного стовбура аорти, КТ-ангіографія, операція, діагноз, диференційний діагноз.

Вступ

Синдром Данбара це клінічний синдром, що виникає через стиснення черевного стовбура серединною дугоподібною зв'язкою діафрагми [1]. Поширеність його складає 2 випадки на 100 тисяч населення з переважним ураженням жінок із час-

тотою 4:1 та віком від 30 до 50 років. В основі цього синдрому лежить компресія серединною дугоподібною зв'язкою та ніжною діафрагми черевного сплетення, яка натягується під час видиху [2-4]. Попри те, що за даними рентгенологічного дослідження поширеність цього синдрому може скла-

How to cite this article: Chernyavskiy V, Pavlovskiy L, Gvosdetska L, Demeshko V, Tishchenko V. Median arcuate ligament syndrome: a clinical case of a rare diagnosis. Ukrainian Scientific Medical Youth Journal. 2026;1(160):32-36. doi:10.32345/USMJ.1(160).2026.32-36

дати від 10 до 24 %, клінічні прояви його виникають тільки у невеликої кількості пацієнтів [5-6]. Серед найчастіших симптомів, які зустрічаються при цьому синдромі, є симптоми мезентеріальної ішемії, а саме: постпрандіальний абдомінальний біль, нудота, блювання та втрата маси тіла [7-8]. Проте доволі часто у пацієнтів із синдромом Данбара наявні супутні функціональні стани, в основі яких лежить порушення осі «мозок-кишечник». Зокрема синдром подразненої кишки або функціональна диспепсія, симптоми яких маскують клінічні прояви даного синдрому [9]. Своєю чергою це ускладнює ранню діагностику синдрому Данбара. Окрім того, пацієнти в процесі постійного пошуку природи своїх симптомів, а також поліпрагмазії, яка зустрічається на їхньому шляху, страждають на тривожні та депресивні розлади [3, 10-11]. Через які вони приймають різні анксиолітичні або антидепресивні препарати. Таким чином це сприяє низькому комплаєнсу з пацієнтом та пізній діагностиці синдрому Данбара. До основних методів діагностики цього синдрому належать комп'ютерна томографія (КТ) або магнітно-резонансна томографія з ангиографією. Також до переліку обстежень синдрому входить ультрасонографія [12-13]. Синдром Данбара лікується оперативним шляхом, який полягає у лапароскопічній декомпресії черевного стовбура з наступним його нейролізисом особливо за наявності незворотних змін у ньому, а також при вираженому нейропатичному больовому синдромі [14-15].

Мета

Метою цієї роботи стало висвітлення випадку синдрому Данбара для лікарів різних спеціальностей, які зустрічають у своїй практиці пацієнтів, симптоми яких мають невстановлену етіологію.

Матеріали та методи

Ми провели описове дослідження клінічного випадку синдрому Данбара у 38-річного пацієнта, який був на амбулаторному спостереженні. Дослідження виконано відповідно до принципів Гельсінської декларації. Пацієнтом була надана інформована згода.

Опис клінічного випадку

Анамнез захворювання. Пацієнт, 38 років, скаржиться на болі у животі, здуття, чергування проносів та закрепів, схуднення на 15 кг за останні 3 роки. Відомо, що ці скарги пацієнта турбують протягом останніх 18 років. З цього приводу він неодноразово звертався до спеціалістів для пошуку причини своїх симптомів. На початку як, в якості лікування пацієнтові були рекомендовані спазмолітичні препарати. Проте через неефек-

тивність останніх було рекомендоване подальше дообстеження.

Результати обстеження. Пацієнтові була проведена колоноскопія, під час якої будь-яких ознак органічної патології не було виявлено та езофагогастродуоденоскопія з подальшим гістологічним дослідженням і швидким уреазним тестом. Результати яких виявили атрофічний гастрит за системою OLGA – 1, без ознак кишкової метаплазії OLGIM – 0 та наявність *Helicobacter pylori*. Пацієнт проходив курс ерадикаційного лікування *Helicobacter pylori* потрійною терапією з кларитроміцином. Успішність ерадикації через місяць після лікування була підтверджена негативним аналізом калу на фекальний антиген. На фоні проведеного лікування стан пацієнта тимчасово покращився, зменшилися здуття та болі у животі. Через деякий час пацієнт знову помітив погіршення свого стану та загострення попередніх симптомів. Також проводилося ультразвукове обстеження органів черевної порожнини, під час якого не було виявлено суттєвих змін, які б пояснили природу симптомів пацієнта.

Паралельно з інструментальними дослідженнями пацієнтові також проводилося лабораторне обстеження. Так, були виконані загальний аналіз крові, біохімічний аналіз крові, визначення фекальної еластази, аналіз крові на визначення антитіл до тканинної трансглутамінази, аналіз крові на амілазу та ліпазу. Результати лабораторних досліджень не виявили патологічних змін у загальному та біохімічному аналізах крові, а також були виключені целиакія та зовнішньосекреторна недостатність підшлункової залози.

Діагноз та лікування. В результаті отриманих результатів пацієнтові були неодноразово виставлені діагнози: синдром подразненої кишки та функціональна диспепсія. Згідно з ними пацієнтові були запропоновані FODMAP-дієта та продовження прийому спазмолітичних препаратів та інгібіторів протонної помпи. Також пацієнт час від часу проходив курси лікування рифаксиміном, на фоні якого він відмічав зменшення симптомів, попри те, що закреп у нього посилювався. Неефективне лікування та постійні виснажливі симптоми призвели до розвитку у пацієнта соматизованих розладів. Надалі пацієнт був проконсультований психотерапевтом і йому був виставлений діагноз: соматоформна дисфункція вегетативної нервової системи, тривожно-депресивний розлад. З приводу цього наступним кроком у лікуванні даного пацієнта було призначення антидепресантів. Загалом пацієнт у різні проміжки часу свого захворювання приймав такі

препарати як: сульпірид, сертралін, венлафаксин, прегабалін, амітриптилін. Широкий вибір препаратів був обумовлений індивідуальною непереносимістю, побічними діями та неефективністю препаратів.

Пізніше при зверненні на експертну консультацію на кафедру внутрішньої медицини №1 Національного медичного університету імені О.О. Богомольця був запідозрений судинний генез даних симптомів. З огляду на це для подальшого дообстеження пацієнтові була рекомендована КТ з ангіографією. Після її проведення був зроблений висновок про наявність у пацієнта компресійного стенозу черевного стовбура дугоподібною зв'язкою діафрагми, або синдрому Данбара (рис. 1).

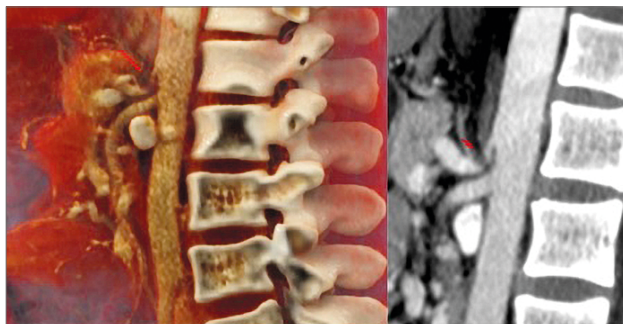


Рисунок 1. КТ-картина стенозу черевного стовбура дугоподібною зв'язкою діафрагми у даного пацієнта

З результатами КТ дослідження пацієнт надалі направлений на консультацію до судинного хірурга, який підтвердив даний синдром. Пацієнтові було проведено оперативне втручання з розсіченням серединної зв'язки діафрагми. Післяопераційний період у пацієнта протікав без ускладнень. Через 1 місяць після оперативного втручання пацієнт повторно звернувся на консультацію на кафедру внутрішньої медицини №1, зі скаргами на абдомінальний біль, який полегшувався після дефекації, метеоризм, несформований стул (за Брістольською шкалою відповідав 5 і 6 типу), Призначено рифаксимін 400 мг 3 рази на добу – 7 днів, амітриптилін 25 мг 1 раз на добу, протягом 4 днів прийому вказані симптоми зникли, стул нормалізувався (3 тип). Слід зазначити, що до оперативного втручання лікування вказаними препаратами жодного разу задовільного ефекту не давало. Це може свідчити про те, що на-

явність судинної аномалії у пацієнта, окрім ішімізації та порушень іннервації могла спричинити у нього також і порушення осі "мозок-кишечник" з відповідними наслідками. Наразі пацієнт приймає 12,5 мг амітриптиліну, самопочуття задовільне, скарг немає, продовжує набирати вагу, не має дієтичних обмежень. Запланована тривалість лікування – 6 місяців.

Обговорення

Синдром Данбара є судинною патологією, що може бути причиною різних симптомів, таких як абдомінальний біль, порушення стулу, схуднення та інші. В основі розвитку їх при цьому синдромі лежать два механізми – ішемічний та нейропатичний [6]. Проте, через неспецифічність та різноманітність клінічних проявів, що виникають у пацієнтів, при цьому синдромі можуть виникати труднощі у діагностичному пошуку даного захворювання. Так, за даними дослідження, у пацієнтів із синдромом Данбара найчастіше виникає абдомінальний біль (94%), постпрандіальний біль (80%), нудота та блювання (56%), втрата маси тіла (50%) [16,17]. Крім того, в пошуках причин даних симптомів у пацієнтів із синдромом Данбара як на прикладі даного випадку, можуть виникати різні соматоформні порушення вегетативної нервової системи, що разом із цим синдромом утруднюють його своєчасну діагностику та лікування.

Основне місце в діагностиці синдрому Данбара займає рентгенологічне дослідження з контрастуванням для візуалізації стенозу черевного стовбура, а також інших додаткових ознак, таких як постстенотичне розширення, вираженість коллатерального кровообігу та потовщення дугоподібною зв'язкою [18-19].

До основних методів лікування синдрому Данбара відноситься хірургічна декомпресія черевного сплетення, стентування, ангіопластика або резекція черевного сплетення [9,20]. Той чи інший метод лікування у 60-70% пацієнтів призводить до покращення загальної симптоматики, проте у деяких пацієнтів може ще деякий час залишатися больовий синдром [21].

Висновок

Синдром Данбара необхідно включати в диференційну діагностику у пацієнтів з тривалими персистуючими абдомінальними симптомами, природа яких не має чіткого походження.

Фінансування. Дана стаття не отримувала зовнішнього фінансування.

Конфлікт інтересів. Автори засвідчують відсутність конфліктів інтересів.

Згода на публікацію. Всі автори ознайомлені з текстом рукопису та надали згоду на його публікацію.

Етичне схвалення. Згода на публікацію отримана від пацієнта. Робота виконана з дотриманням етичних принципів Гельсінської декларації Всесвітньої медичної асоціації (Форталеза, 2013) та не потребував схвалення етичної комісії.

Використання ШІ: під час підготовки цього рукопису ШІ-інструменти не використовувалися.

Внесок авторів (CRediT). Conceptualization – Volodymyr Chernyavskiy; Methodology – Leonid Pavlovskiy, Volodymyr Chernyavskiy; Software – Vladislav Demeshko; Validation – Leonid Pavlovskiy, Lesya Gvosdetska; Formal Analysis – Volodymyr Chernyavskiy, Leonid Pavlovskiy; Investigation – Volodymyr Chernyavskiy; Resources – Volodymyr Chernyavskiy; Data Curation – Victoria Tishchenko; Writing – Original Draft – Leonid Pavlovskiy; Writing – Review & Editing – Volodymyr Chernyavskiy, Victoria Tishchenko; Visualization – Lesya Gvosdetska; Supervision – Volodymyr Chernyavskiy; Project Administration – Volodymyr Chernyavskiy; Funding Acquisition – Volodymyr Chernyavskiy; Leonid Pavlovskiy; Victoria Tishchenko; Lesya Gvosdetska

Література

1. Zambrano-Lara M, Gonzalez-Urquijo M, Lozano-Balderas G, Rodarte-Shade M, Fabiani MA. Median arcuate ligament syndrome as a rare cause of chronic abdominal pain. *Rev Gastroenterol Mex (Engl Ed)*. 2021 Apr-Jun;86(2):199-201. doi: 10.1016/j.rgm.2020.05.004.
2. Duncan AA. Median arcuate ligament syndrome. *Curr Treat Options Cardiovasc Med*. 2008 Apr;10(2):112-6. doi: 10.1007/s11936-008-0012-2.
3. Mostamand S. Median arcuate ligament syndrome: challenges, comorbidities, and controversies. *Curr Opin Pediatr*. 2025 Oct 1;37(5):447-451. doi: 10.1097/MOP.0000000000001503.
4. Kozhimala M, Chan SM, Weininger G, Sumpio BJ, Levine LJ, Harris S, et al. Prevalence and Characteristics of Patients with Median Arcuate Ligament Syndrome in a Cohort Diagnosed with Celiac Artery Compression. *J Am Coll Surg*. 2023 Jun 1;236(6):1085-1091. doi: 10.1097/XCS.0000000000000500.
5. Koç M, Artaş H, Serhatlıoğlu S. The investigation of incidence and multidetector computed tomography findings of median arcuate ligament syndrome. *Turk J Med Sci*. 2018 Dec 12;48(6):1214-1218. doi: 10.3906/sag-1701-17.
6. Kim EN, Lamb K, Relles D, Moudgill N, DiMuzio PJ, Eisenberg JA. Median Arcuate Ligament Syndrome-Review of This Rare Disease. *JAMA Surg*. 2016 May 1;151(5):471-7. doi: 10.1001/jamasurg.2016.0002.
7. Gander S, Mulder DJ, Jones S, Ricketts JD, Soboleski DA, Justinich CJ. Recurrent abdominal pain and weight loss in an adolescent: celiac artery compression syndrome. *Can J Gastroenterol*. 2010 Feb;24(2):91-3. doi: 10.1155/2010/534654.
8. Bobadilla JL. Mesenteric ischemia. *Surg Clin North Am*. 2013;93(4):925-40, ix. doi: 10.1016/j.suc.2013.04.002.
9. Torres OJM, Gama-Filho OP, Torres CCS, Medeiros RM, Oliveira CMB. Laparoscopic treatment of Dunbar syndrome: A case report. *Int J Surg Case Rep*. 2017;37:230-232. doi: 10.1016/j.ijscr.2017.06.056.
10. Skelly CL, Stiles-Shields C, Mak GZ, Speaker CR, Lorenz J, Anitescu M, et al. The impact of psychiatric comorbidities on patient-reported surgical outcomes in adults treated for the median arcuate ligament syndrome. *J Vasc Surg*. 2018 Nov;68(5):1414-1421. doi: 10.1016/j.jvs.2017.12.078.
11. Huynh DTK, Shamash K, Burch M, Phillips E, Cunneen S, Van Allan RJ, et al. Median Arcuate Ligament Syndrome and Its Associated Conditions. *Am Surg*. 2019 Oct 1;85(10):1162-1165.
12. Miura D, Hiwatashi R, Sakita M, Sakata T. A new comprehensive ultrasonic diagnostic method for celiac artery compression syndrome that hybridizes "arterial compression hook sign" and peak systolic velocity. *J Ultrasound*. 2021 Sep;24(3):289-295. doi: 10.1007/s40477-020-00519-x.
13. Römer C, Fischer T, Haase O, Möckel M, Hamm B, Lerchbaumer MH. Assessment of celiac artery compression using color-coded duplex sonography. *Clin Hemorheol Microcirc*. 2020;76(3):413-423. doi: 10.3233/CH-200903.
14. França LH, Mottin C. Surgical treatment of Dunbar syndrome. *J Vasc Bras*. 2013;12(1):57-61. doi: 10.1590/S1677-54492013000100012.
15. Sultan S, Hynes N, Elsafty N, Tawfik W. Eight years experience in the management of median arcuate ligament syndrome by decompression, celiac ganglion sympathectomy, and selective revascularization. *Vasc Endovascular Surg*. 2013 Nov;47(8):614-9. doi: 10.1177/1538574413500536.
16. Garriboli L, Miccoli T, Damoli I, Rossini R, Sartori CA, Ruffo G, Jannello AM. Hybrid Laparoscopic and Endovascular Treatment for Median Arcuate Ligament Syndrome: Case Report and Review of Literature. *Ann Vasc Surg*. 2020 Feb;63:457.e7-457.e11. doi: 10.1016/j.avsg.2019.08.077.
17. Ho KKF, Walker P, Smithers BM, Foster W, Nathanson L, O'Rourke N, Shaw I, McGahan T. Outcome predictors in median arcuate ligament syndrome. *J Vasc Surg*. 2017 Jun;65(6):1745-1752. doi: 10.1016/j.jvs.2016.11.040.

18. Sunkara T, Caughey ME, Zhen KC, Chiong B, Gaduputi V. Dunbar Syndrome-A Rare Cause of Foregut Ischemia. J Clin Diagn Res. 2017 Jul;11(7):OD13-OD14. doi: 10.7860/JCDR/2017/28142.10267.
19. Horton KM, Talamini MA, Fishman EK. Median arcuate ligament syndrome: evaluation with CT angiography. Radiographics. 2005 Sep-Oct;25(5):1177-82. doi: 10.1148/rg.255055001.
20. Ali, Farhan DO, Steimle, Cassandra DO, Reddy, Dayakar MD, Kelts, Andrew DO, Jeng, Jennifer DO, Kochik, Michael DO, et al. Dunbar Syndrome: A Rare Cause of Abdominal Pain. The American Journal of Gastroenterology 114():p S1486-S1487, October 2019. DOI: 10.14309/01.ajg.0000600300.93205.
21. Kuruvilla A, Murtaza G, Cheema A, Arshad HMS. Median Arcuate Ligament Syndrome: It Is Not Always Gastritis. J Investig Med High Impact Case Rep. 2017 Sep 5;5(3):2324709617728750. doi: 10.1177/2324709617728750.

Median arcuate ligament syndrome: a clinical case of a rare diagnosis

Volodymyr Chernyavskiy, Leonid Pavlovskiy, Lesya Gvozdetska, Vladislav Demeshko, Viktoriya Tishchenko

Department of Internal Medicine with a Gastroenterology Course,
Bogomolets National Medical University, Kyiv, Ukraine.

Corresponding Author:

Leonid Pavlovskiy

E-mail: Leonya545@gmail.com

Abstract: median arcuate ligament syndrome, or Dunbar syndrome, is one of the rare syndromes in clinical practice. It is characterized by a diverse clinical picture, which makes its diagnosis difficult and makes it a diagnosis of exclusion. Purpose of the study: analysis of a clinical case – Dunbar syndrome, in order to update the problem for doctors who encounter patients with long-term symptoms from the gastrointestinal tract of unknown origin. Materials and methods. The patient had been troubled by constant abdominal pain, stool disorders, bloating for almost 20 years, and in recent years had experienced significant weight loss. He was repeatedly consulted by various specialists and comprehensively examined using all available methods. For this reason, he constantly took various medications, including antidepressants, but no significant improvement was observed. He was referred for CT angiography, which confirmed compression stenosis of the celiac trunk by the arcuate ligament of the diaphragm. In this regard, the patient was referred to a vascular surgeon. After surgery, the patient's general condition improved, and complaints of pain and other symptoms decreased or completely disappeared for the first time in 18 years. Conclusion: Dunbar syndrome should be included in the differential diagnosis at a stage when the nature of the patient's symptoms has no clear explanation.

Keywords: [Median Arcuate Ligament Syndrome](#), [Dunbar Syndrome](#), [Celiac Trunk Compression Syndrome](#), [CT Angiography](#), [Diagnosis](#), [Surgery](#), [Differential Diagnosis](#).



Copyright: © 2026 by the authors;
licensee USMYJ, Kyiv, Ukraine.
This article is an open access article
distributed under the terms and conditions of the Creative
Commons Attribution License
<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>.