

## **Эндоскопическая диагностика и лечение болезни Дъелафуа**

*Трегубова Ксения Вячеславовна, Шилец Юлия Геннадьевна*

*Белорусский государственный медицинский университет, Минск*

*Научный(-е) руководитель(-и) – кандидат медицинских наук, доцент Неверов Павел Сергеевич, Белорусский государственный медицинский университет, Минск*

### **Введение**

Желудочно-кишечные кровотечения остаются одной из наиболее сложных проблем в экстренной хирургии. В последнее время наблюдается тенденция к увеличению частоты острых эрозивно-язвенных поражений верхних отделов пищеварительного тракта. Редкой (по литературным данным у 0,9-5,8% больных) причиной тяжелых желудочных кровотечений является болезнь Дъелафуа, в основе которой лежит генетически обусловленная аномалия развития сосудов подслизистого слоя желудка с наличием аррозии необычно крупной артерии без признаков васкулита и формированием острой язвы с массивным кровотечением.

### **Цель исследования**

оценить эффективность эндоскопических методов лечения болезни Дъелафуа

### **Материалы и методы**

Проведен ретроспективный анализ 133 историй болезни пациентов с острым желудочно-кишечным кровотечением, проходивших лечение в городском центре гастроуденальных кровотечений УЗ «10-я ГКБ» за 2017 год. Отбор пациентов осуществлялся сплошным методом (K25.0 – K25.3, K29.0) с использованием автоматизированной информационно-аналитической системы «Клиника». Статистический анализ произведен средствами программного пакета Microsoft Office.

### **Результаты**

Из 133 пациентов у 106 (79,6%) имели место острые эрозивно-язвенные поражения желудка и двенадцатиперстной кишки, у 11 (8,3%) – геморрагический гастрит, 9 случаев (6,8%) – синдром Меллори-Вейсса. Эндоскопические признаки болезни Дъелафуа выявлены в 7 случаях (5,3%). Мужчин было 5 (71,4%), женщин – 2 (28,6%). Средний возраст мужчин составил  $49 \pm 11,6$ , варьировал от 33 до 67 лет, среди женщин  $47 \pm 5,66$  (43 и 51 год). У всех пациентов отмечалась кровопотеря тяжелой степени (неоднократная рвота «кофейной гущей», мелена, тахикардия более 120 ударов в минуту, гипотензия менее 90 мм рт.ст., гемоглобин менее 90 г/л). У трех пациентов (42,9%) заболевание протекало на фоне хронического (2 пациента алиментарно-токсического и 1 вирусного) гепатита, при этом у двух пациентов отмечалось варикозное расширение вен желудка. Согласно УЗИ картине, у всех пациентов диаметр воротной вены был в пределах нормы, других признаков соответствующих портальной гипер-ензии выявлено не было. При проведении экстренной эндоскопии у пяти пациентов выявлены признаки продолжающегося кровотечения F-IA по Forrest, у двух – F-IB. В двух случаях было выполнено первичное эндоскопическое клипирование, в 5 случаях – эндоскопический инъекционный гемостаз. Одному пациенту с учетом неэффективности эндоскопического инъекционного гемостаза было проведено клипирование кровоточащего сосуда. Показаний к дальнейшему оперативному лечению ни у одного пациента не выявлено. После эндоскопического гемостаза рецидивных кровотечений не отмечалось. Летальных исходов не было.

### **Выводы**

Частота болезни Дъелафуа среди всех острых причин гастроуденальных кровотечений составила 5,3% случаев. При должном опыте и оснащении эндоскопической службы миниинвазивные способы достижения окончательного гемостаза демонстрируют достаточную эффективность. Эндоскопическое клипирование является наиболее надежным методом достижения гемостаза при болезни Дъелафуа.