

## **ВИРАЗКА ДЕЛАФУА. ВИПАДОК З ПРАКТИКИ**

*П'ятикоп Г. І., Москаленко Р. А., Братушка В. О.*

*СумДУ, кафедра загальної хірургії, радіаційної медицини та фтизіатрії,  
КЗ «Сумська обласна клінічна лікарня»*

Проблема гострих шлунково-кишкових кровотеч залишається однією з самих складних в ургентній хірургії. В теперішній час не викликає сумнівів, що найбільш частою причиною кровотечі є виразкова хвороба. Рідкі захворювання бувають причиною шлунково-кишкових кровотеч в 1-26% спостережень. Тому, правильні діагностика та лікування хворих з цим ускладненням мають велике практичне значення.

Ми спостерігали 1 хвору з рідким захворюванням, що ускладнилось розвитком шлунково-кишкової кровотечі. Хвора Б., 79 р., госпіталізована в хірургічне відділення КЗ «СОКЛ» в ургентному порядку з діагнозом шлунково-кишкова кровотеча. При поступленні під час ФЕГДС джерело кровотечі встановити не вдалося. Хворій призначено консервативну інфузійно-трансфузійну, гемостатичну, противиразкову терапію, після чого загальний стан хворої покращився. Постгеморагічна анемія, яка була діагностована на початку захворювання, легко піддавалася корекції. У зв'язку із стабільним станом хворої на 3 добу з моменту госпіталізації їй призначається контрольна ФЕГДС, де встановлено продовжуючу кровотечу, проте джерело кровотечі не виявлено. Стан хворої почав прогресивно погіршуватися. На слідуючу добу відбувається зупинка серцево-судинної діяльності. Реанімаційні заходи успіху не мали. Констатовано біологічну смерть. На розтині: основний діагноз – вада розвитку судин шлунка (синдром Делафуа). Ускладнення – шлунково-кишкова кровотеча. Гостра постгеморагічна анемія. Гостра серцево-судинна недостатність. набряк легень. При гістологічному дослідженні виявлено наявність дефекту слизової оболонки з фібриноїдним некрозом і великою товстостінною артерією в основі дефекту, диспластичні судини під м'язовою пластинкою слизової оболонки та лімфоцитарну інфільтрацію по краях дефекту і в прилеглих ділянках слизової оболонки.

Отже, виразка Делафуа є причиною ШКК у 0,9-5,8% хворих. Діагноз встановлюють на основі даних ендоскопічного дослідження, під час якого виявляють активну артеріальну струйну або пульсуючу кровотечу з поодиноким дефектом слизової оболонки діаметром менше 3 мм; при візуалізації судини в межах дефекту з незміненою слизовою оболонкою навколо; з/без активної кровотечі або з наявністю свіжого невеликого щільно фіксованого згустка крові в межах дефекту з незміненою слизовою оболонкою довкола.