

СИНДРОМ ДЕЛАФУА

А. Н. Щербаха, Р. В. Гончаров, Д. А. Пензов,
Е. А. Петренко, А. А. Фуженко

ЦГБ им. Титова, Хирургическое отделение, Луганская область, г. Лисичанск, Украина

В определенных случаях причиной кровотечения являются заболевания, которые редко встречаются, но могут привести к профузным кровотечениям, например, синдром Делафуа. Нами представлен анализ литературы по вопросам синдром Делафуа. Приведен анализ истории болезни больного с данной патологией.

Ключевые слова: синдром Делафуа, нестероидные противовоспалительные средства, желудочно-кишечные кровотечения.

Вступление. На сегодняшний день описано 144 причины желудочно-кишечных кровотечений из верхних отделов желудочно-кишечного тракта. В определенных случаях причиной кровотечения являются заболевания, которые редко встречаются, но могут привести к профузным кровотечениям, например, синдром Делафуа [4].

За последние годы наиболее часто встречаются синонимы: «кирзоидная аневризма», «артерия желудка с персистирующим просветом», «аномалия подслизистой артерии», «аневризма желудочной артерии», «артериосклероз желудка» [1].

Описанный более 100 лет назад синдром Делафуа является причиной не более 0,4–1 % случаев острого кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта; диагностируется данный синдром редко, как правило, во время операции или на секционном столе [8].

В крупных центрах экстренной хирургии синдром Делафуа встречается у 1–2 больных в год. Как правило, в этих случаях возникают значительные диагностические трудности [3]. Нередко сосудистые аномалии попадают в разряд невыявленных причин желудочного кровотечения.

Синдром Делафуа, по данным литературы, – это внезапное массивное желудочное кровотечение, вызванное аррозией одной из ветвей желудочной артерии, расположенной в подслизистом слое стенки желудка в верхней его

трети. В качестве возможной этиологии рассматривается утончение слизистой оболочки в результате ишемии или иные причины. В большинстве случаев патологический очаг локализуется в верхней трети тела желудка, обычно в пределах 6 см от пищеводно-желудочного перехода по малой кривизне, но может находиться и в пищеводе, тонком и толстом отделах кишечника [2].

Диагностическими (эндоскопическими) критериями синдрома Делафуа являются:

- струйное или пульсирующее кровотечение на, казалось бы, неповрежденной или с минимальным дефектом слизистой оболочки;
- протрузия сосуда (с кровотечением или без) на неповрежденной или с минимальным дефектом слизистой;
- фиксированный сгусток крови на неповрежденной или с минимальным дефектом слизистой [7, 8].

Предрасполагающие факторы – хронический алкоголизм, длительный прием салицилатов или стероидов, стрессы при синдроме Делафуа упоминаются относительно редко. Язва Делафуа может сочетаться с любым другим заболеванием (рак, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, заболевания крови и др.) [5].

Описание случая. Приводим собственное наблюдение. Больная А., 50 лет, госпитализирована 09. 06. 2012 г. в 23.50 ч в хирургическое отделение ЦГБ им. Титова города Лисичанска, Луганской области с клиникой желудочно-кишечного кровотечения. При поступлении предъявляла жалобы на незначительные боли в эпигастрии, правом подреберье, общую слабость, тошноту, рвоту с примесью крови. Из анамнеза известно, что 09. 06. 2012 в 20.00 ч. была рвота с примесью крови, затем появилась слабость. В течение месяца лечилась пероральным приемом нестероидных противовоспалительных средств по поводу остеохондроза позвоночного столба. Состояние не улучшалось, самостоятельно не лечи-

лась. Состояние больной средней степени тяжести. Ожирение 4 степени. Кожа и видимые слизистые бледного цвета. Дыхание везикулярное, ослаблено в нижних отделах справа, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные, пульс 80 уд./мин. АД – 100/60 мм рт ст. Язык подсушен. Живот не вздут, симметричен, активно участвует при дыхании. При пальпации мягкий, незначительно болезненный в эпигастрии. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. *Per rectum*: тонус сфинктера сохранен, без патологических образований. На перчатке – следов кала нет. Определена группа крови.

ФГДС 10. 06. 2012 г. 00.40 ч. В области желудка на передней и задней стенках – до 15–18 мелких эрозий до 1–1,5 мм в диаметре. В верхней трети желудка на задней стенке имеется тромбированный сосуд у края острой язвы. Заключение: Язва (острая?) и эрозии в желудке. Эритематозная гастропатия. Назначена дезинтоксикационная и гемостатическая, противоязвенная терапия, поставлен желудочный зонд. По назогастральному зонду – содержимое цветом «кофейной гущи» около 1,5 литра промыто до чистых вод.

10. 06. 12 г. биохимические показатели крови в пределах нормы. Клинические показатели крови: $Hb - 96$ г/л, лейкоциты $11,3 \times 10^9$ г/л, $COЭ - 8$ мм/час. Клинические показатели мочи в пределах нормы.

11. 06. 12 г. $Hb - 76$ г/л, лейкоциты $13,5 \times 10^9$ г/л, $COЭ - 21$ мм/час. Больной перелито одногруппной свежзамороженной плазмы с целью коррекции ОЦК.

11–13. 06. 12 г. Состояние больной оставалось стабильным, в пределах средней степени тяжести. Жалобы на слабость, незначительные боли в эпигастриальной области. Кожа и видимые слизистые бледного цвета. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные, пульс 74 уд./мин. АД – 110/60 мм рт ст. Язык подсушен. Живот не вздут, симметричен, активно участвует при дыхании. При пальпации мягкий, незначительно болезненный в эпигастриальной области. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. *Per rectum*: тонус сфинктера сохранен, без патологических образований. На перчатке – следы кала черного цвета.

12. 06. 12 г. $Hb - 57$ г/л, лейкоциты $5,4 \times 10^9$ г/л, $COЭ - 20$ мм/час. После проведения противоязвенного лечения (омез 40 мг 3 раза в день), гемостатической терапии (транексам, сандостатин), переливания одногруппной эритроцитарной массы в количестве 420 мл, 200 мл 5 % альбумина состояние больной незна-

чительно улучшилось, жалобы на незначительные боли в эпигастрии, слабость.

22. 06. 12 г. 13.00 ч. после еды больная почувствовала слабость, появилась рвота с примесью крови. Состояние больной средней степени тяжести. $PS - 94$ уд/мин; АД – 110/70 мм рт ст. По назогастральному зонду – геморагическое отделяемое с примесью крови.

При срочной ФГДС – признаки кровотечения Forest Пх (источник кровотечения выявить не удалось). Произведена гемостатическая терапия (дицинон, транексам, сандостатин), переливание одногруппной эритроцитарной массы (430 мл), свежзамороженной плазмы (830 мл). $Hb - 66$ г/л, лейкоциты $5,5 \times 10^9$ г/л, $COЭ - 10$ мм/час. АД – 105/60 мм рт ст.

При повторной ФГДС через 2 часа в области верхней трети желудка по задней стенке имеется язва (эпителизирующая до 4–5 мм с наличием сгустка белого цвета). Эрозии в желудке эпителизировались. Признаки анемии слизистой оболочки желудка, остановившегося струйного кровотечения Forest 2А.

23–24. 06. 12 г. состояние больной стабильное, признаков продолжающегося кровотечения нет. $Hb - 85$ г/л, лейкоциты $5,8 \times 10^9$ г/л, $COЭ - 8$ мм/час.

25. 06. 12 г. вновь появилась рвота с примесью крови. При срочной ФГДС в желудке много крови в виде сгустков (около 500 мл). Признаки желудочного кровотечения (по задней стенке в верхних отделах желудка). Forest 1В.

Учитывая третий рецидив кровотечения, неэффективность консервативной терапии принято решение об оперативном лечении в срочном порядке.

25. 06. 12 г. Операция: лапаротомия, гастротомия, иссечение острой язвы с кровоточащим участком, ушивание. Из протокола операции: при ревизии в желудке тампонада, сгустки крови эвакуированы. По задней стенке желудка в верхних отделах обнаружена поверхностная эрозия слизистой оболочки, в центре – аррозированной артерия до 2 мм диаметром с кровотечением в просвет желудка. Выставлен диагноз – синдром Делафуа. Произведено иссечение дефекта слизистой, с последующим прошиванием аррозированной артерии.

Послеоперационный период протекал гладко. Больная выписана на 11–е сутки на амбулаторное лечение.

Вывод. Таким образом, представлено характерное наблюдение синдрома Делафуа у

женщины 50 лет. Подробно описаны трудности диагностики и выбора метода лечения. Проведение эндоскопического исследования на высоте кровотечения позволило установить источник кровотечения и определиться с тактикой лечения. В основе заболевания лежат аневризмы мелких подслизистых артерий

кардиальной части желудка, вблизи его малой кривизны. Некоторые авторы склонны считать природу этого заболевания врожденной. При повторных профузных кровотечениях невыясненной природы достаточно только помнить об этой патологии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Василенко Д. А. Казуистике желудочных кровотечений – порок развития // Нов. хир. архив. – 1955. – № 2. – С. 85–86.
2. Воробьев Г. И. Болезнь Деллафуа – редкая причина рецидивирующих желудочных кровотечений // Вестн. хирургии. – 1986. – № 5. – С. 67–69.
3. Королев М. П. Лечебная тактика при синдроме Деллафуа. Научно-практич. Ежегодная конференция Ассоц. хирургов Санкт-Петербурга // СПб. – 2001. – С. 104–107.
4. Королев М. П., Ореховская С. В. Диагностика и лечение синдрома Деллафуа //

- Вестн. хирургии. – 1999. – № 6. – С. 26–27.
5. Косолапенков А. Ю. К вопросу о болезни Деллафуа // Хирургия на пороге XXI века. – Астрахань. – 2000. – С. 73–76.
6. Михалева Л. М., Профузное желудочное кровотечение у больной с синдромом Деллафуа // Арх. патологии. – 1997. – Т. 59. – № 1. – С. 60–62.
7. Федоров В. Д. Рецидивирующие профузные кровотечения при ангиодисплазии желудка // Хирургия. – 1999. – № 9. – С. 4–8.
8. Шраер Т. И. Кровотокающая гемангиома желудка // Вестн. хирургии. – 1968 – Т. 100. – № 3. – С. 122–123.

А. Н. Щербача, Р. В. Гончаров,
Д. О. Пензов, Е. А. Петренко, А. А. Фуженко
СИНДРОМ ДЕЛАФУА
м. Лисичанськ, Україна

Резюме. У певних випадках причиною кровотечі є захворювання, які рідко зустрічаються, але можуть призвести до профузним кровотеч, наприклад, синдром Деллафуа. Нами представлений аналіз літератури з питань синдром Деллафуа. Наведено аналіз історії хвороби хворого з даною патологією.

Ключові слова: синдром Деллафуа, нестероїдні протизапальні засоби, шлунково-кишкові кровотечі.

A. N. Sherbakcha, R. V. Goncharov,
D. A. Penzov, E. A. Petrenko, A. A. Fugenko
DELAFUUA SYNDROME
Lysychansk, Ukraine

Summary. In certain cases, the cause of bleeding are diseases which are rare, but can lead to profuse bleeding, for example, the syndrome Delafua. We provide an analysis of the literature concerning the syndrome Delafua. The analysis of the records of patients with this pathology.

Key words: Delafua syndrome, non-steroidal anti-inflammatory drugs, gastrointestinal bleeding.