

ВИРАЗКА ДЬЄЛАФУА (DIEULAFOU) (огляд літератури та випадок із практики)

Бортний М.О.¹, Козаченко О.М.²

¹ Харківська медична академія післядипломної освіти

МОЗ України, кафедра променевої діагностики

² МДЦ «Сучасні медичні технології», м. Харків

ВСТУП

Кровотеча з верхніх відділів травної системи найбільш часто виникає при гастродуоденальній виразці, ерозіях, гастритах, езофагітах, розривах Маллорі-Вейса, варикозному розширенні вен, виразках Баретта, новоутвореннях стравоходу і шлунка. За останні 15 років особливу увагу ендоскопістів, морфологів і хірургів привертають кровотечі на тлі судинних аномалій внутрішніх органів. При наповненні судин шлунка ця патологія досить ефективно розпізнається ендоскопічно, але під час операції або навіть при морфологічному дослідженні встановити діагноз буває надзвичайно важко. Ось чому сучасний фахівець повинен бути ознайомлений з основною судинною патологією, що викликає профузні, часто смертельні шлункові кровотечі [5, 6, 14].

ІСТОРИЧНА ДОВІДКА

Виразка, або хвороба Дьєлафуа (інтрамуральні артеріовенозні мальформації), є причиною гострих шлунково-кишкових кровотеч у 0,9-5,8% хворих. Хвороба Дьєлафуа вважається генетично обумовленим захворюванням, що проявляється аномалією розвитку судин підслизового шару шлунка з наявністю ерозії незвично великої артерії без ознак васкуліту і формуванням гострої виразки з масивною кровотечею. Детальний опис цієї патології зробив у 1898 р. G. Dieulafoy (рис. 1), який виділив її як окрему нозологічну форму — «проста виразка». Нетипова виразка і кровотеча — це ускладнення вже існуючої судинної аномалії. Тому "хвороба Дьєлафуа" більш точно відображає характерну первинну ваду розвитку судин шлунка. Кровотеча буває викликана незвично широкою підслизовою артеріальною судиною, яка контактує із слизовою оболонкою. У 80% випадків джерело кровотечі знаходиться на відстані 6 см від стравохідно-шлункового устя, частіше на малій кривизні. Проте, описані ураження стравоходу, тонкої і товстої кишки, жовчного міхура і навіть анальної ділянки [5, 9].

Література рясніє плутаниною в термінології судинних аномалій. Терміни "ангіодисплазія", "судинна ектазія", "артеріовенозна мальформація", "гемангіома", "ангіома" застосовуються до різних (або до одного) захворювання. З іншого боку, багато типових випадків хвороби Дьєлафуа при первинній ендоскопії взагалі не розпізнаються. Тому визначити справжню частоту судинних ано-

малій травної системи встановити важко. Неспадкові судинні аномалії шлунка можуть бути пов'язані із системними захворюваннями, але можуть бути і первинними [4, 5, 9]. Відомо кілька схем класифікацій.

У 1976 р. G.D. Moor et al. розділили первинні судинні неварикозні аномалії травної системи на 3 типи:

1. Солітарні локалізовані ураження висхідної ободової кишки в літньому віці.
2. Артеріовенозна вроджена патологія переважно тонкої кишки в осіб до 50 років.
3. Артеріовенозні аномалії (телеангіоектазії), що викликають кровотечі у хворих із геморагічним ангіоматозом Рандю-Ослера-Вебера.

У 1979 р. Lewi et al. перший тип вищезазначеної патології розбили на два підтипи:

- I a — ділянки концентрації тонкостінних судин у підслизовому шарі травної системи — "підслизова ендотеліальна ангіодисплазія";
- I b — ділянки концентрації товстостінних судин — "підслизова фібромускулярна ангіодисплазія".

У подальшому Fowler D.L. et al. (1979) додали до цих класифікацій четвертий тип судинних порушень, що виникають вторинно при різних хронічних ураженнях слизової оболонки кишечника, особливо при ішемічному коліті та хворобі Крона. Як видно з наведених даних, на сьогодні так і не знайдено компромісу в трактуванні судинної патології шлунка.

Ізольоване розширення артеріальних стовбурів підслизової оболонки шлунка виникає первинно (рис. 2), однак може бути і наслідком дегенеративних змін. Компенсаторне розширення супроводжуваних вен відбувається вторинно. Деякі дослідники вважають, що кровотеча при хворобі Дьєлафуа починається з дефекту розширеної вени. Некроз і розрив стінки артерії виникає при рецидивах кровотечі (рис. 3, 4) [3, 7].



Рис. 1. Поль Жорж Дьєлафуа (1839–1911)

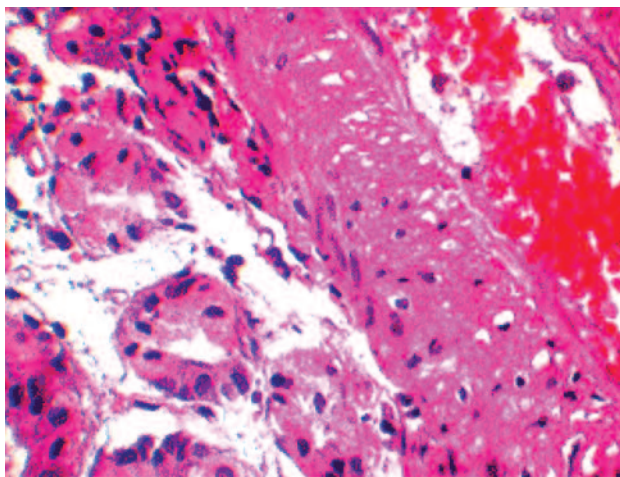


Рис. 2. Фрагмент слизової оболонки шлунка з судиною м'язово-еластичного типу, яка прилягає до неї. [Збільшення x 40] (<http://www.surginet.info/>)

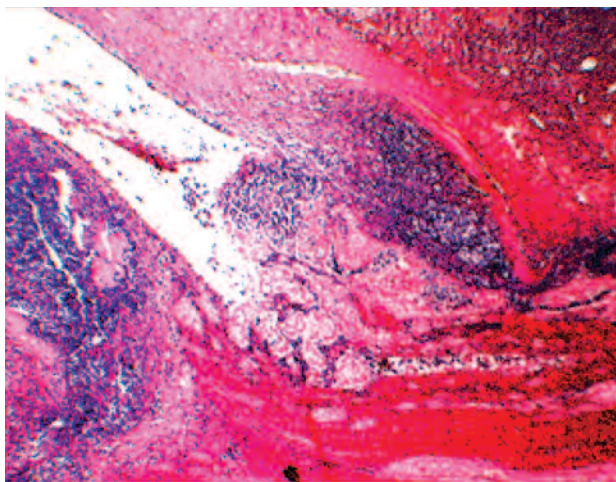


Рис. 3. Ділянка стінки шлунка в зоні ерозії. Власна пластинка і м'язовий шар слизової оболонки набрякли. Зіячий просвіт артеріального стовбура закритий змішаним тромбом. [Збільшення x 4] (<http://www.surginet.info/>)

Наразі в Європі і США застосовують різні назви цього незвичайного захворювання. За останні роки найбільш часто зустрічаються синоніми: "кірзюїдна аневризма", "артерія шлунка з персистуючим просвітом", "аномалія підслизової артерії", "аневризма шлункової артерії", "артеріосклероз шлунка" тощо [11, 23].

Чинники, які погіршують перебіг: хронічний алкоголізм, тривалий прийом саліцилатів або стероїдів тощо. Стреси при хворобі Дьєлафуа згадуються відносно рідко. Виразка Дьєлафуа може поєднуватися з будь-яким іншим захворюванням (рак, виразкова хвороба шлунка та дванадцятипалої кишки, захворювання крові тощо). Це може призводити до тяжких діагностичних помилок, невірних операцій і релапаротомій [8, 12]. У типових випадках захворювання починається без будь-яких передвісників ознаками профузної шлунково-кишкової кровотечі. Диспептичні явища, блювання,

біль у животі виникають відносно рідко. Рентгенологічне дослідження шлунка з контрастною речовиною, як правило, малоінформативне. Досить характерна картина може бути отримана при ангіографії. Цей метод може бути використаний і для емболізації патологічної судини [3, 13, 15].

При ендоскопічному дослідженні ділянку ураження можна легко пропустити. Точний діагноз може встановити тільки досвідчений фахівець. У ряді випадків ендоскопічно видно ерозовану артерію, яка виступає в просвіт шлунка у вигляді невеликого сосочка — кратера вулкана з центральною знебарвленою ділянкою серед нормально розфарбованої слизової оболонки. На висоті кровотечі може бути чітко візуалізований фонтанчик артеріальної крові (рис. 5).

Гастроскопічну візуалізацію ускладнюють згустки крові. Їх досить складно буває відмити у пацієнта у важкому стані. Джерело кровотечі нерідко приховується між складками слизової оболонки. У виняткових випадках виправдана провокація реци-

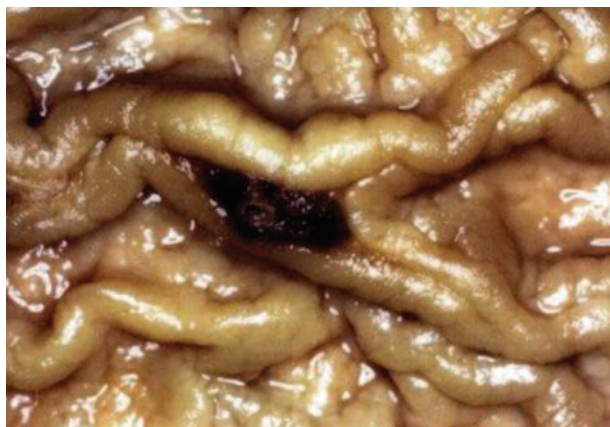


Рис. 4. Фрагмент слизової оболонки шлунка з судиною м'язово-еластичного типу. [Збільшення x 40] (<http://www.endoatlas.sk/>)

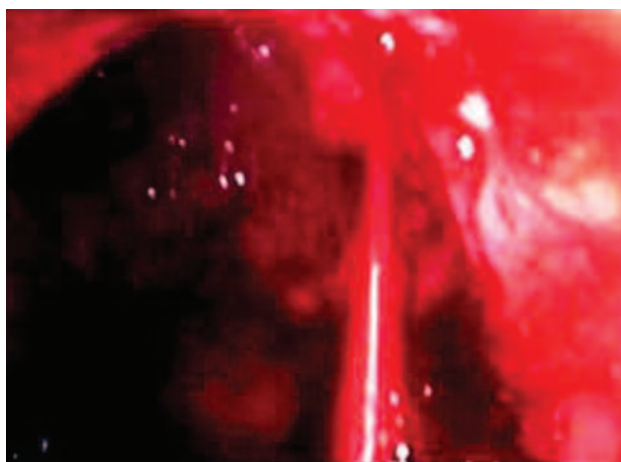


Рис. 5. Ділянка стінки шлунка в зоні ерозії. Власна пластинка і м'язовий шар слизової оболонки набрякли. Зіячий просвіт артеріального стовбура закритий змішаним тромбом. [Збільшення x 4] (<http://www.endoatlas.sk/>)

диву кровотечі шляхом підвищення артеріального тиску. У цілому діагностувати хворобу Дьєлафуа тільки ендоскопічним методом вдається в 98% випадків профузної шлункової кровотечі. Перспективним методом поглибленої діагностики вважають ендоскопічну (або інтраопераційну) доплерівську ультрасонографію, яка дозволяє вивчати архітектоніку судин стінки шлунка, виявляти множинні аневризми судин і навіть оцінювати радикальність операції [1, 2, 5, 9].

Лікування

Ендоскопічне лікування включає звичайні заходи, що застосовуються для пацієнтів із шлунково-кишковими кровотечами. Поряд із призначенням H_2 -блокуючих препаратів та сандостатину необхідним є локальний вплив на ділянку ураження. Зазвичай в арсеналі ендоскопіста ряд методів, що застосовуються в комплексі: зрошення копрофером, аплікації плівкоутворюючих препаратів, гемокліпірування, термозонд, діатермокоагуляція судини і тканин навколо, лазерна фотокоагуляція, ін'єкції норадреналіну (1:10000), склерозуючих препаратів [1, 4, 6, 7]. Все ширше застосовують ендоскопічне кліпірування судини, що кровоточить, із використанням сучасної ендоскопічної апаратури. Використання сучасних гемокліпаторів дозволяє уникнути ятрогенного збільшення розмірів виразкового дефекту або перфорації стінки [13, 15]. Ці ускладнення іноді зустрічаються після ін'єкцій склерозуючих розчинів і діатермокоагуляції.

Nikolaïdis N. et al. (2001) рекомендують використовувати сучасну гастроскопічну апаратуру для зупинки кровотечі з варикозних судин — ендоскопічні стрічкові лігатури, гемокліпірування. Вважають цей метод найшвидшим, надійним і дешевим [20, 21, 26]. За відсутності ефекту від повторних спроб ендоскопічної зупинки кровотечі або при рецидивах (у середньому в 5% випадків) пацієнтів слід оперувати. У деяких випадках обмежуються прошиванням ділянки стінки шлунка, яка кровоточить [15-17]. Але найчастіше проводять клиноподібну резекцію з використанням апаратних зшивачів. Тотальна біопсія вищеозначеної ділянки дозволяє отримати морфологічне підтвердження захворювання і переконує в радикальності хірургічного втручання [1, 5, 9, 22].

Деякі хірурги у випадках множинного ураження принципово рекомендують інтраопераційну ендоскопію. Вона поєднує переваги гастроскопії і відкритого доступу, дозволяє більш точно визначити межі вродженої вади розвитку судин стінки, а іноді й локалізацію виразки. Інші з успіхом використовують і пропагують комбінацію ендоскопії з лапароскопічною резекцією шлунка [10, 18, 19].

У рідкісних випадках при поширеній хворобі Дьєлафуа і дифузному ураженні підслизового шару доводиться вдаватися від проксимальної та дистальної до тотальної резекції шлунка. Навряд чи можна погодитися з граничною радикальністю деяких хірургів, які вважають цей вид втручання методом вибору (Федоров В.Д. та ін., 1999). Прогноз залежить від своєчасної діагностики і методу ліку-

вання. В доендоскопічну епоху смертність від хвороби Дьєлафуа сягала 80%. За останні роки вона знизилася в середньому до 20%. У провідних центрах хірургії цей показник не перевищує 3%. Ознайомлення лікарів з особливостями цієї патології істотно збільшує шанси хворого на одужання [1, 5, 7].

При пошуку дефекту слизової оболонки слід застосовувати повторні гастроскопічні дослідження із наполегливим лаважем просвіту шлунка і зміною положення пацієнта для зміщення шлункового вмісту і з застосуванням ендоскопічного ультразвукового зонда. Ехографія дозволяє виявити звивисту підслизову судину, яка тісно прилягає до зони ерозії або виразки. Особливо слід застерегти від "сліпих резекцій" у разі безуспішності пошуків джерела кровотечі [24, 25].

Надаємо наш випадок із практики. Пацієнт П., 63 роки. Госпіталізований 02.01.2015 р. зі скаргами на різку слабкість, запаморочення, втрату свідомості, чорний кал протягом п'яти діб. По медичну допомогу не звертався. 02.01.2015 р. відзначає посилення слабкості, запаморочення, двічі за день втрачав свідомість. Доставлений до приймального покою лікарні бригадою швидкої медичної допомоги. Стан пацієнта тяжкий. У свідомості, доступний контакт. Загальної та вогнищевої неврологічної симптоматики не виявлено. Шкірні покриви блідого забарвлення. У легенях дихання везикулярне, хрипів немає, ЧДР = 16 за хв. Серцеві тони ритмічні, приглушені, ЧСС = 78 за хв. Артеріальний тиск: 128/78 мм. рт. ст. Живіт м'який, безболісний. При ректальному огляді — на рукавичці сліди мелени. Гемоглобін — 83 г/л, еритроцити — $2,8 \times 10^{12}$ /л, Нт — 26.

Пацієнту в ургентному порядку проведено обстеження: оглядова рентгенографія грудної клітки. Патологічних змін виявлено не було. *Езофагогастродуоденоскопія 02.01.2015 р.:* після анестезії ротоглотки ендоскоп вільно введений у стравохід, стінки якого еластичні, перистальтика простежується, слизова бліда, гладенька. Кардія зімкнута. У шлунку прозора рідина. Стінки розправляються повітрям, перистальтика простежується. Складки слизової в тілі звивисті, тонкі, м'які. Слизова бліда. Привратник зімкнутий. У цибуліні і низхідному відділі дванадцятипалої кишки без деформацій. Слизова цибуліни гладка, блідо-рожева, дефектів не виявлено. *Висновок: Шлункова кровотеча, що зупинилась. Антрум-гастрит. Рекомендовано повторне ендоскопічне дослідження в плановому порядку.*

Повторно езофагогастродуоденоскопія пацієнтові виконана 05.01.2015 р. Стравохід вільно прохідний. На правій бічній стінці поверхневий дефект слизової лінійної форми 6 x 2 мм. У шлунку і ДПК без негативної динаміки. *Висновок: Синдром Маллорі-Вейса. Антрум-гастрит.*

06.01.2015 р. виконано ультразвукове дослідження органів черевної порожнини. *Висновок: ЖКХ. Хронічний калькульозний холецистит. МКХ. Конкремент правої нирки.*

09.01.2015 р. стан хворого різко погіршився, з'явилася задишка, холодний липкий піт, зниження

артеріального тиску, неадекватність поведінки. Ситуація розцінена як рецидив кровотечі, пацієнту в екстреному порядку проведена езофагогастро-дуоденоскопія. При дослідженні стравохід вільно прохідний, кардіальний жом змикає недостатньо. У шлунку секреторна рідина з домішкою жовчі. Складки слизової еластичні, слизова бліда, в антральному відділі вогнищево гіперемована. Цибулина і петля ДПК без патології. **Висновок:** Недостатність кардіального жому. Рефлюксний гастрит.

16.01.2015 р. пацієнту проведена колоноскопія. Апарат проведений до купола сліпої кишки. У про-світі велика кількість рідких калових мас. На огляну-тих ділянках товстої кишки органічних змін не

виявлено. На внутрішній поверхні анального жому визначаються помірно запалені внутрішні геморої-дальні вузли. **Висновок:** Внутрішній геморої у ста-дії ремісії.

19.01.2015 р. пацієнт після проведеного курсу терапії в задовільному стані виписаний під нагляд лікаря поліклініки. **Заключний діагноз при виписці:** Синдром Меллорі-Вейса. Гостра шлунково-кишко-ва кровотеча II-III ст.

20.01.2015 р. пацієнт знову ургентно надходить до хірургічного відділення зі скаргами на загальну слаб-кість, тяжкість і біль в епігастрії, нудоту, чорний кал. На момент огляду стан пацієнта середньої тяжкості.

21.01.2015 р. пацієнтові проведена езофагога-строудуоденоскопія. Стравохід вільно прохідний. У

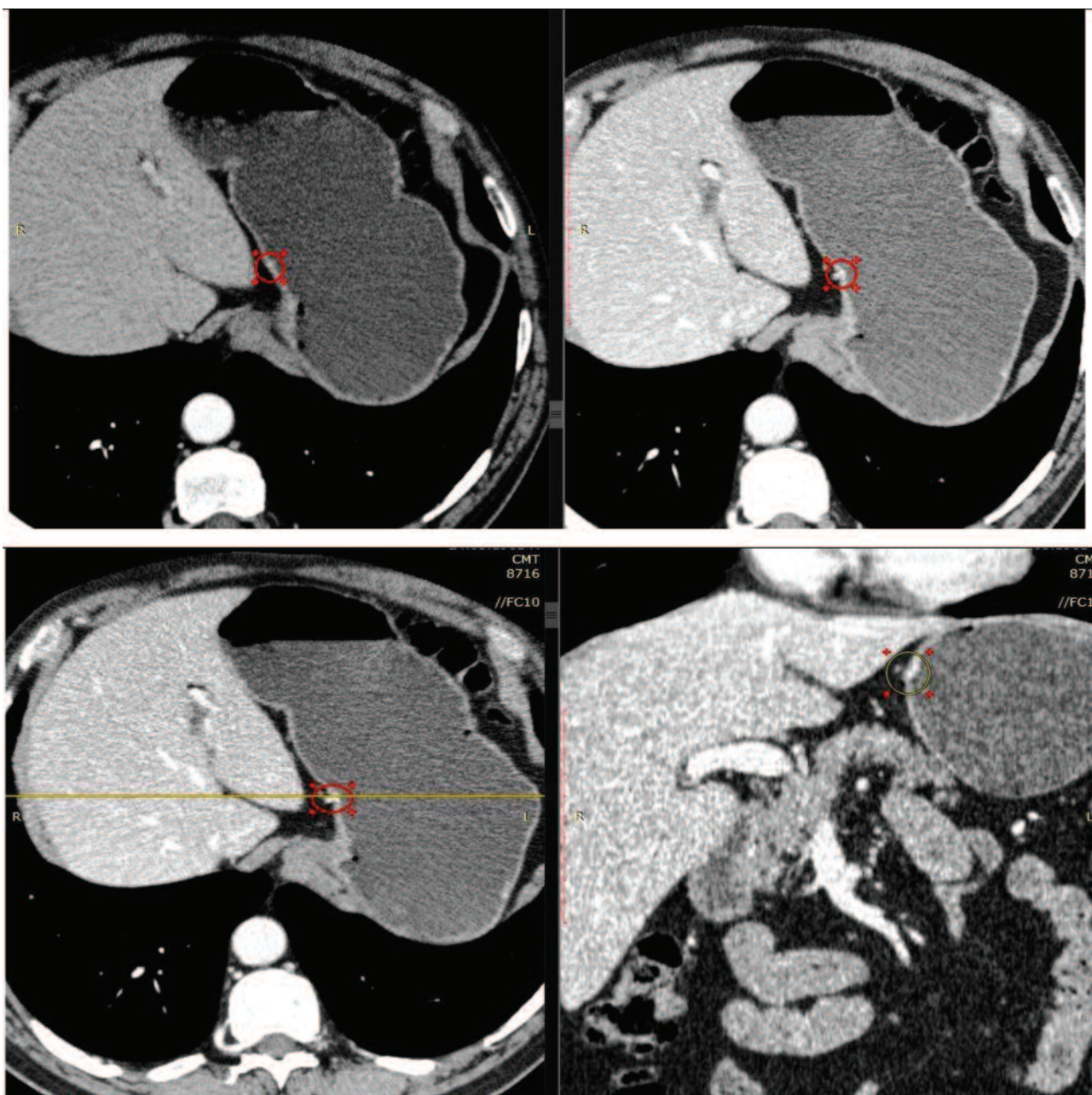


Рис. 6 (а, б, в, г). На МСКТ-сканах у підслизовому шарі по задній стінці тіла шлунка визначається характер-ний симптом «bleeding point» (кровоточива точка)

просвітку шлунка крові і гематину не виявлено. Складки слизової еластичні, слизова блідо-рожевого кольору. В антральному відділі слизова помірно гіперемована, атрофічна. Цибулина і петля ДПК без особливостей. **Висновок:** Атрофічний антрума-гастрит.

22.01.2015 р. проведено МСКТ-обстеження на апараті Toshiba Aquilion-16 у спіральному режимі зрізами 1 мм, з контрастним підсиленням (Омні-пак-350 — 100 мл), швидкість введення 4 мл/с в артеріальну (30 с) і портально-венозну (65 с) фази, з подальшою мультипланарною (MPR) і 3D-реконструкціями. За 40 хв до обстеження пацієнт наповнював шлунок водою по 400 мл кожні 10 хв (загальний об'єм становив 1200 мл). Безпосередньо перед обстеженням на столі пацієнт випив 250 мл води додатково.

На отриманих МСКТ-сканах, мультипланарних і 3D-реконструкціях (рис. 6–8) по задній стінці тіла шлунка, ближче до малої кривизни, на відстані 5,5–6 см від стравохідно-шлункового переходу в підслизовому шарі, виявлена

слизовому шарі, виявлена аберантна, розширена до 1,5 мм артерія з характерним «bleeding point» (кровоточива точка) (рис. 6 а, б, в, г) і екстравазацією контрастної речовини за межі артерії (рис. 7 а, б). На 3D-реконструкціях візуалізується дефект слизової розміром 4 x 3 мм (рис. 8 а, б). **Висновок:** Ознаки хвороби Дьєлафуа з гострою шлунковою кровотечею.

24.01.2015 р. при ендоскопічному дослідженні на судину в стінці шлунка накладені дві гемостатичні кліпси. Ознак тривання кровотечі після гемокліпировання не виявлено. Стан хворого покращився. У задовільному стані 27.01.2015 р. пацієнт виписаний додому під нагляд хірурга за місцем проживання.

ВИСНОВКИ

Хвороба Дьєлафуа вважається рідкісним захворюванням, тому, коли клініцист зустрічається з цією проблемою, діагностичні та лікувальні помилки бувають особливо частими. Оскільки у вітчизняній літературі хворобі Дьєлафуа приділено недо-

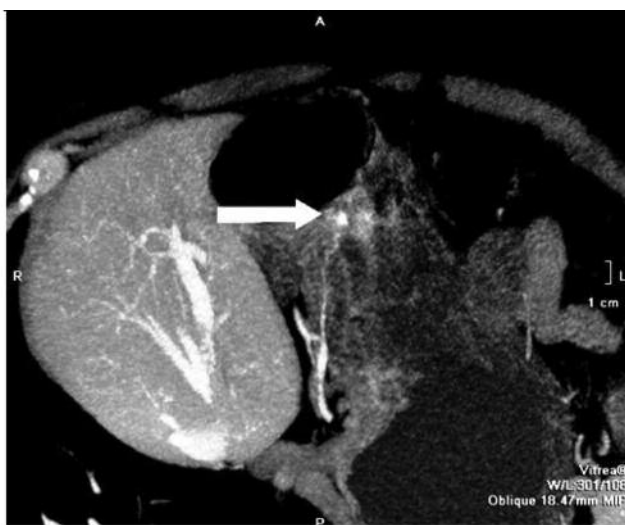
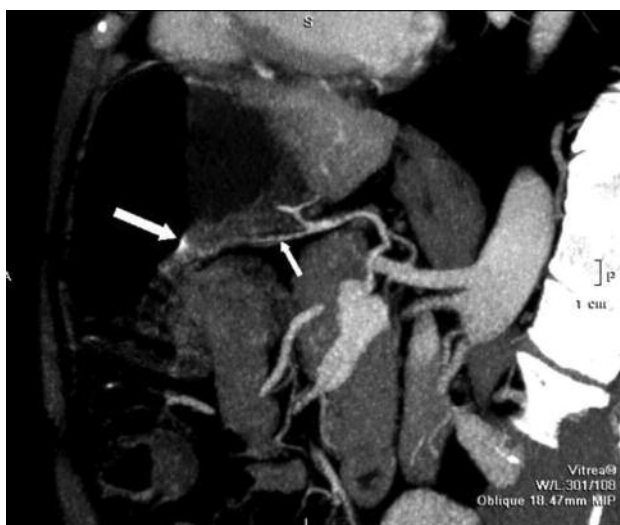


Рис. 7 (а, б). На МСКТ-сканах і мультипланарних реконструкціях по задній стінці тіла шлунка, ближче до малої кривизни, на відстані 5,5–6 см від стравохідно-шлункового переходу в підслизовому шарі, виявлена аберантна, розширена до 1,5 мм артерія з екстравазацією контрастної речовини за межі артерії

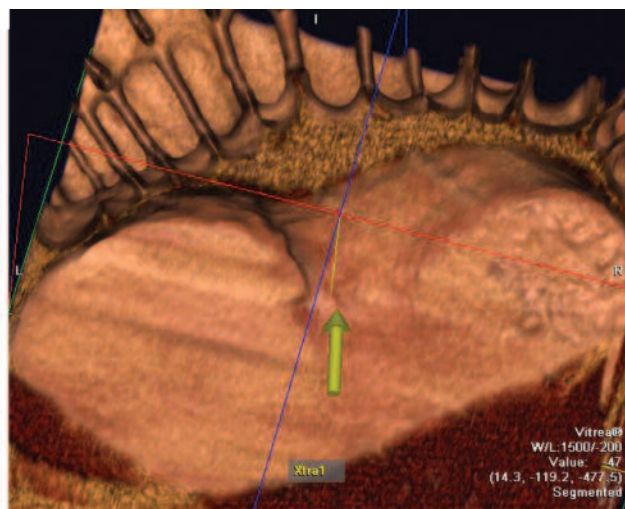


Рис. 8 (а, б). На 3D-реконструкціях візуалізується дефект слизової розміром 4 x 3 мм

статньо уваги, особливо морфологічним дослідженням, методом ендоскопічного та променевого дослідження (зокрема, МСКТ), наше спостереження може становити інтерес для лікарів різних спеціальностей, в тому числі і променевих діагностів. Чинниками, що утруднюють діагностику хвороби Дьєлафуа, є: рідкісність даної патології (від 1,5 до 6% усіх випадків кровотеч із верхніх відділів травної системи), масивна кровотеча в просвіт шлунка, малі розміри джерела кровотечі, тяжкий стан пацієнта. У 70-80% випадків характерна локалізація — проксимальні відділи задньої стінки шлунка протягом 6 см від стравохідно-шлункового переходу.

ЛІТЕРАТУРА

1. Ананко А.А. Тактика диагностики и лечения острых желудочно-кишечных кровотечений на современном этапе (обзор западной литературы) // Український медичний часопис. — 2006. — № 6 (56). — С. 55-60.
2. Горбатюк О.М. Діагностика шлунково-кишкових кровотеч у дітей // Современная педиатрия. — 2006. — № 2 (11). — С. 70-72.
3. Кровотечение при болезни Дьєлафуа как пример острого желудочно-кишечного кровотечения неясной этиологии / С.Н. Троценко, В.Н. Орлов, А.П. Дамыдюк // Клінічна хірургія. — 2010. — № 10. — С. 56-61.
4. Диагностика и лечение болезни Дьєлафуа / П.Д. Фомин, В.И. Никишаев, С.В. Музыка // Український медичний часопис. — 2003. — № 2 (34). — С. 116-120.
5. Редкая причина желудочно-кишечного кровотечения (язва Дьєлафуа) / В.П. Кочуков, А.Н. Розанов, Е.Г. Островхова и др. // Трудный пациент. — 2013. — № 8-9 (том 10). — С. 39-41.
6. Рецидивирующие желудочные кровотечения из язв Дьєлафуа / А.Е. Наливкин, Р.Я. Киримов, И.В. Ражева и др. // Дет. хирургия. — 2014. — № 6. — С. 50-51.
7. Фомин П.Д. Кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта: причины, факторы риска, диагностика, лечение / П.Д. Фомин, В.И. Никишаев // Здоров'я України. — 2010. — Тематичний номер. — С. 8-11.
8. Черепянец Д.П. Этиопатогенез, диагностика и лечение язвенных кровотечений // Эндоскопия. — 2012. — N 2. — С. 25-33.
9. Язва Дьєлафуа в практике хирургов больницы скорой медицинской помощи / И.Г. Заговеньев, С.Н. Заговеньева, В.П. Дубавко и др. // Эндоскопическая хирургия. — 2013. — № 1. — С. 36-38.
10. Alshumrani G. Angiographic findings and endovascular embolization in Dieulafoy disease: a case report and literature review / G. Alshumrani, M. Almuaikeel // Diagn. Intervent. Radiol. — 2006. — Vol. 12. — P. 151-154.
11. An uncommon cause of life-threatening gastrointestinal bleeding: 2 synchronous Dieulafoy lesions / G. Marangoni, A.B. Cresswell, W. Faraj et al. // J Paediatr Surg. — 2009. — Vol. 44. — P. 441-443.
12. Baxter M. Dieulafoy's lesion: current trends in diagnosis and management / M. Baxter, E.H. Aly // Ann R Coll Surg Engl. — 2010. — Vol. 92. — P. 548-554.
13. Bleeding Dieulafoy's lesions and the choice of endoscopic method: comparing the haemostatic efficacy of mechanical and injection methods / I.K. Chung, E.J. Kim, M.S. Lee et al. // Gastrointest Endosc. — 2000. — Vol. 52. — P. 721-724.
14. Chaer R. Dieulafoy's disease / R. Chaer, W.C. Helton // Am Coll Surg. — 2003. — Vol. 196. — P. 290-296.
15. Dieulafoy G. L'exulceratio simple // In Manuel de Pathologie Interne. — Paris, Masson, 1908. — P. 178-305.
16. Dieulafoy's lesion / Y.T. Lee, R.S. Walmsley, R.W. Leong, J.J. Sung // Gastrointest Endosc. — 2003. — Vol. 58. — P. 236-243.
17. Dieulafoy's lesion: a case series study / R.S. Walmsley, Y.T. Lee, J.J.Y. Sung // World J Gastroenterol. — 2005. — Vol. 11. — P. 3574-3577.

18. Dieulafoy Lesion in the Upper Gastrointestinal Tract / Y. Sone, T. Kumada, H. Toyoda et al. // Endoscopy. — 2005. — Vol. 37. — P. 449-453.
19. Dieulafoy lesions of the GI tract: localization and therapeutic outcomes / L.F. Lara, J. Sreenarasimhaiah, S.J. Tang et al. // Dig Dis Sci. — 2010. — Vol. 55. — P. 3436-3441.
20. Endoscopic Management of Dieulafoy Lesions of the Stomach: A Case Study of 26 Patients / A. Parra-Blanco, H. Takahashi, P.V.M. Jerez et al. // Endoscopy. — 1997. — Vol. 29. — P. 834-839.
21. Lai LH. Obscure GI bleeding: is capsule endoscopy sufficient? // Gastrointest Endosc. — 2008. — Vol. 68. — P. 1128-1130.
22. Laparoscopic gastric wedge resection for Dieulafoy's disease following pre-operative endoscopic localisation with India ink and endoscopic clips / S. Alva, F. Abir, D. Tran // J Soc Laparoendosc Surg. — 2006. — Vol. 10. — P. 244-246.
23. Nojkov B. Gastrointestinal bleeding from Dieulafoy's lesion: clinical presentation, endoscopic findings, endoscopic therapy / B. Nojkov, M.J. Cappell // Gastrointestinal Endoscopy. — 2015. — Vol. 7 (4). — P. 295-307.
24. Prognostic factors for recurrence of gastrointestinal bleeding due to Dieulafoy's lesion / Y. Jamanca-Poma, A. Velasco-Guardado, C. Pinero-Perez et al. // World J Gastroenterol. — 2012. — Vol. 18. — P. 5734-5738.
25. Senger J.L. The Evolution of Dieulafoy's Lesion Since 1897: Then and Now—A Journey through the Lens of a Pediatric Lesion with Literature Review / J.L. Senger, R. Kanthan // Gastroenterol Res Pract. — 2012. — P. 432-517.
26. The Usefulness of Endoscopic Hemoclippping for Bleeding Dieulafoy Lesions / C.H. Park, Y.H. Sohn, W.S. Lee et al. // Endoscopy. — 2003. — Vol. 35. — P. 388-392.

ІНФОРМАЦІЙНІ РЕСУРСИ В ІНТЕРНЕТІ

1. <http://www.surginet.info/>
2. <http://www.endoatlas.sk/>

ВИРАЗКА ДЬЄЛАФУА (DIEULAFOY) (огляд літератури та випадок із практики)

Бортний М.О.¹, Козаченко О.М.²

- ¹ Харківська медична академія післядипломної освіти МОЗ України, кафедра променевої діагностики
- ² МДЦ «Сучасні медичні технології», м. Харків

Резюме. У статті наведені клінічні та діагностичні ознаки рідкісного захворювання — хвороби Дьєлафуа, методи її лікування. Надано власне спостереження цієї хвороби.

ЯЗВА ДЬЄЛАФУА (DIEULAFOY) (обзор литературы и случай из практики)

Бортний Н.А.¹, Козаченко А.М.²

- ¹ Харьковская медицинская академия последипломного образования МЗ Украины, кафедра лучевой диагностики
- ² МДЦ «Современные медицинские технологии», г. Харьков

Резюме. В статье приведены клинические и диагностические признаки редкого заболевания — болезни Дьєлафуа, методы ее лечения. Представлено собственное наблюдение этой болезни.

DIEULAFOY ULCER (DIEULAFOY) (literature review and case report)

Bortnuy N.A.¹, Kozachenko A. M.²

- ¹ Kharkiv medical Academy of postgraduate education The Ministry of health of Ukraine, department of diagnostic radiology
- ² MDC "Modern medical technologies", Kharkov

Summary. The article describes the clinical and diagnostic features of rare diseases — diseases Dieulafoy, methods of treatment. Presented their own observation of this disease.