

© CC BY Коллектив авторов, 2025  
 УДК [616.36-004 + 616.149-008.341]-005.1  
<https://doi.org/10.24884/0042-4625-2025-184-6-77-83>

## СИНДРОМ ДЬЕЛАФУА

А. В. Шабунин<sup>1</sup>, П. А. Ярцев<sup>2</sup>, С. А. Тарасов<sup>2</sup>, М. М. Рогаль<sup>2</sup>, С. О. Аксенова<sup>2\*</sup>,  
 А. А. Каниболоцкий<sup>2</sup>, Р. В. Елоховский<sup>2</sup>, В. А. Москаленко<sup>2</sup>, А. М. Шадиёв<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Московский многопрофильный научно-клинический центр имени С. П. Боткина  
 125284, Россия, Москва, 2-й Боткинский пр., вл. 5

<sup>2</sup> Научно-исследовательский институт скорой помощи им. Н. В. Склифосовского  
 Россия, 129090, Москва, Большая Сухаревская пл., д. 3

Поступила в редакцию 29.04.2025 г.; принята к печати 12.11.2025 г.

Синдром Дьелафуа (Dieulafoy's lesion) – это аномалия развития сосудов подслизистого слоя желудочно-кишечного тракта с разрушением покрывающих слоев эпителия и отсутствием первичной язвы, сопровождающаяся массивным кровотечением. В данной работе представлен комплексный подход к диагностике и лечению синдрома Дьелафуа у молодого пациента. Применение эндоскопических, радиологических и хирургических методов позволило стабилизировать состояние пациента и предотвратить рецидивы. Анализ литературных данных показывает, что в подобных редчайших случаях множественного поражения резекционное хирургическое вмешательство остается единственным эффективным методом. Работа подчеркивает важность мультидисциплинарного подхода в лечении редких заболеваний.

**Ключевые слова:** синдром Дьелафуа, желудочное кровотечение, эндоскопический гемостаз, гастрэктомия

**Для цитирования:** Шабунин А. В., Ярцев П. А., Тарасов С. А., Рогаль М. М., Аксенова С. О., Каниболоцкий А. А., Елоховский Р. В., Москаленко В. А., Шадиёв А. М. Синдром Дьелафуа. *Вестник хирургии имени И. И. Грекова*. 2025;184(6):77–83. <https://doi.org/10.24884/0042-4625-2025-184-6-77-83>.

\* **Автор для связи:** Софья Олеговна Аксенова, ГБУЗ «НИИ СП им. Н. В. Склифосовского ДЗМ», 129090, Россия, Москва, Большая Сухаревская пл., д. 3. E-mail: [aksenova.sonya2013@ya.ru](mailto:aksenova.sonya2013@ya.ru).

## DIEULAFOY'S SYNDROME

Aleksey V. Shabunin<sup>1</sup>, Petr A. Yartsev<sup>2</sup>, Sergey A. Tarasov<sup>2</sup>, Mikhail M. Rogal<sup>2</sup>,  
 Sofya O. Aksenova<sup>2\*</sup>, Alexandr A. Kanibolotsky<sup>2</sup>, Roman V. Elokhovsky<sup>2</sup>,  
 Vladislav A. Moskalenko<sup>2</sup>, Artur M. Shadiev<sup>2</sup>

<sup>1</sup> S. P. Botkin Moscow Multidisciplinary Research and Clinical Center  
 5, 2nd Botkinsky pr., Moscow, Russia, 125284

<sup>2</sup> N.V. Sklifosovsky Research Institute for Emergency Care  
 3, Bolshaya Sukharevskaya pl., Moscow, Russia, 129090

Received 29.04.2025; accepted 12.11.2025

Dieulafoy's syndrome (Dieulafoy's lesion) is an abnormality of vascular development of the submucosal layer of the gastrointestinal tract, with destruction of the covering layers of the epithelium and the absence of a primary ulcer, accompanied by massive bleeding. This paper presents a comprehensive approach in the diagnosis and treatment of Dieulafoy's syndrome in a young patient. Application of endoscopic, radiological and surgical methods allowed to stabilize the patient's condition and prevent recurrences. Analysis of literature data shows that in such rare cases of multiple lesions – resection surgery remains the only effective method. The work emphasizes the importance of multidisciplinary approach in the treatment of rare diseases.

**Keywords:** Dieulafoy's syndrome, gastric bleeding, endoscopic hemostasis, gastrectomy

**For citation:** Shabunin A. V., Yartsev P. A., Tarasov S. A., Rogal M. M., Aksenova S. O., Kanibolotsky A. A., Elokhovsky R. V., Moskalenko V. A., Shadiev A. M. Dieulafoy's syndrome. *Grekov's Bulletin of Surgery*. 2025;184(6):77–83. (In Russ.). <https://doi.org/10.24884/0042-4625-2025-184-6-77-83>.

\* **Corresponding author:** Sofya O. Aksenova, N.V. Sklifosovsky Research Institute for Emergency Care, 3, Bolshaya Sukharevskaya pl., Moscow, Russia, 129090. E-mail: [aksenova.sonya2013@ya.ru](mailto:aksenova.sonya2013@ya.ru).

**Введение.** Синдром (поражение/нарушение/болезнь/язва) Дъелафуа (СД) – это редкое состояние, впервые описанное Т. Gallard в 1884 г. как кровотечение из «аневризмы желудка» [1]. В 1898 г. Полем Жоржем Дъелафуа было описано 10 подобных случаев кровотечения из дефектов стенки желудка с аррозированной артерией на дне, которые были им названы «*exulceratio simplex*» [2–4]. В последующем, при накоплении знаний о данной патологии, ей было присвоено имя этого французского хирурга.

Синдром характеризуется наличием аномально крупного извилистого сосуда (диаметр сосуда составляет от 1 до 3 мм при норме <1 мм) в подслизистом слое желудка, который становится источником кровотечения [4, 5]. Данный вид поражения желудочно-кишечного тракта, кроме диаметра артерии на дне дефекта, отличается от обычных пептических язв еще и тем, что вокруг него нет воспалительной инфильтрации [7]. Чаще всего при СД поражается желудок (от 80 до 95 %), обычно на расстоянии 5–6 см от гастроэзофагеального перехода по малой кривизне [4]. Но СД может встречаться не только в желудке, но и на протяжении всего желудочно-кишечного тракта от пищевода до прямой кишки [8–11]. Частота патологии составляет менее 2,1 % всех случаев желудочно-кишечных кровотечений [4, 8]. Синдром Дъелафуа у мужчин встречается в среднем в два раза чаще, чем у женщин, и, как правило, манифестирует в пожилом возрасте, хотя встречается и в педиатрической практике [12, 13].

К факторам риска истончения слизистой над сосудом и возникновения кровотечений относят анамнестически длительно существующие сердечно-сосудистые заболевания, артериальную гипертензию, хроническую болезнь почек, сахарный диабет, возрастную атрофию слизистой, кроме того, злоупотребление алкоголем и наркотиками, частое употребление нестероидных противовоспалительных средств, что также может приводить к аррозии сосудистой стенки [5, 7, 14, 15].

В клинической картине обычно преобладают симптомы рецидивирующего массивного кровотечения в виде гематемезиса или мелены, что может приводить к железодефицитной анемии, а может стать причиной геморрагического шока [6, 15].

Диагностика СД включает как эндоскопические методы, такие как гастроскопия и эндоскопическая доплеровская ультрасонография, так и инвазивные исследования, например, КТ-ангиографию [4, 16].

Лечение зависит от клинической картины и включает различные эндоскопические методы гемостаза, эндоваскулярную эмболизацию сосудов или резекционные хирургические вмешательства [15]. Наиболее часто в литературе можно встретить описание успешного применения эндоскопических гемоклипов, клипсы легко ложатся на неизменен-

ную слизистую, кроме того, клипирование в меньшей степени приводит к различного рода побочным эффектам, чем введение склерозантов или термокоагуляция [16, 17]. Существенным недостатком клипирования является то, что при труднодоступной локализации сосуда метод становится невыполним. Медикаментозная терапия неэффективна в качестве самостоятельного метода лечения при СД [18]. Эндоскопический гемостаз может быть дополнен эндоваскулярной эмболизацией, однако в случае синдрома Дъелафуа при проведении данного вмешательства высок риск перфорации истонченной стенки сосуда, что ограничивает применение данного метода [19].

В настоящее время в связи с небольшой частотой встречаемости данной патологии в литературе нет единых рекомендаций по лечению данной группы пациентов. С развитием современных минимальноинвазивных методов лечения смертность от данного заболевания снизилась в среднем, по разным данным, с 80–80,5 % до 8,6–21 % [6, 13, 16]. Несмотря на редкость данного заболевания, его своевременная диагностика и адекватное лечение имеют важное значение для предотвращения серьезных осложнений и улучшения прогноза у таких пациентов.

**Клиническое наблюдение.** Пациент М., 18 лет, переведен из клинической больницы № 8 ФМБА России с диагнозом «Язва Дъелафуа передней стенки тела желудка. Желудочно-кишечное кровотечение. Постгеморрагическая анемия средней степени тяжести». Во время госпитализации дважды выполнено эндоскопическое клипирование кровоточащего сосуда в связи с рецидивирующим кровотечением, проводилась гемостатическая, антисекреторная, симптоматическая терапия. Учитывая высокий риск повторного кровотечения, была выполнена целиакография. На ангиограммах: селезеночная артерия не визуализируется, отмечается контрастирование артериовенозной мальформации преимущественно в проекции дна желудка из бассейнов левой и правой желудочных, гастродуоденальной, желудочно-сальниковой артерий; мешотчатая аневризма желудочно-сальниковой артерии; в области дна желудка визуализированы клипсы.

Установлены показания к эмболизации желудочно-сальниковой артерии, в связи с чем пациент переведен в НИИ СП им. Н. В. Склифосовского.

При физикальном осмотре на момент поступления в НИИ СП отмечена бледность кожных покровов, деформация грудной клетки по типу «грудь сапожника», телеангиэктазий на коже туловища и конечностей не выявлено, артериальное давление 110/70 мм рт. ст., пульс 80 ударов в мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения. Язык влажный, обложен белым налетом у корня. При пальпации живот мягкий, безболезненный, в объеме не увеличен, симптомы раздражения брюшины отрица-

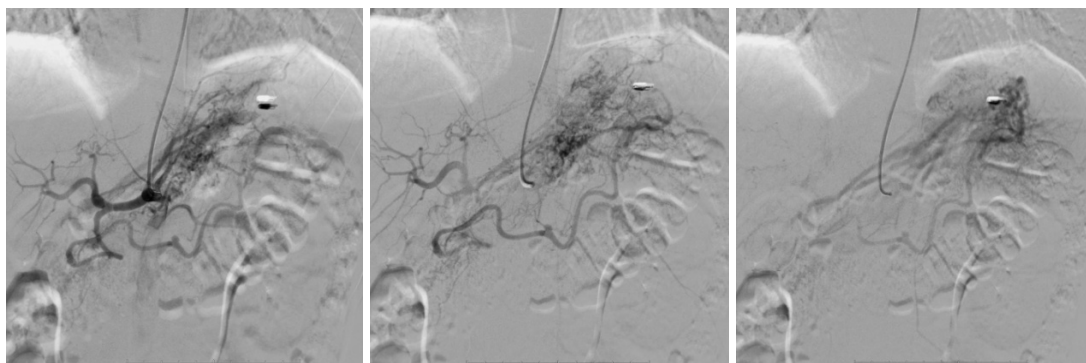


Рис. 1. Последовательные кадры целиакограммы

Fig. 1. Consecutive images of the celiac angiogram

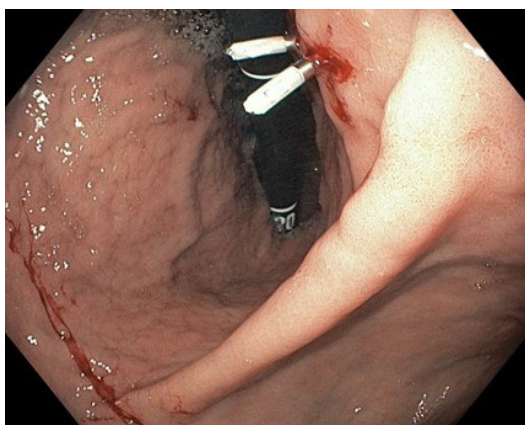


Рис. 2. Эндоскопическая картина состояния после эндоскопического гемостаза (клипирования) сосудистой мальформации в области тела желудка

Fig. 2. Endoscopic picture of the condition after endoscopic hemostasis (clipping) of vascular malformation in the area of the body of the stomach

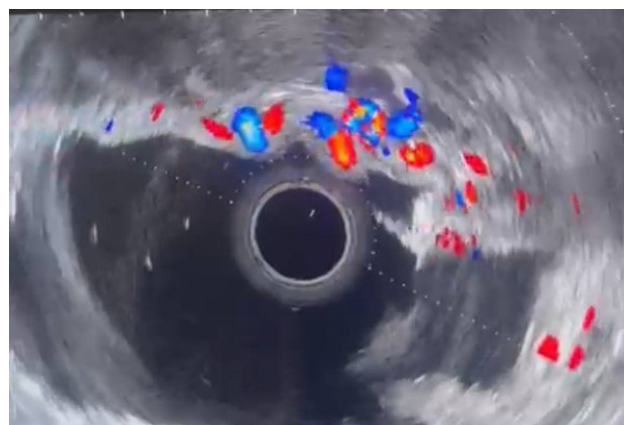


Рис. 3. Эндоскопическое ультразвуковое исследование стенки желудка. В теле желудка в подслизистом слое определяются анэхогенные расширенные извитые сосудистые коллатерали, диаметром до 1 см, с активным кровотоком

Fig. 3. Endoscopic ultrasound examination of the stomach wall. In the body of the stomach, anechogenic dilated convoluted vascular collaterals with a diameter of up to 1 cm with active blood flow are detected in the submucosal layer

тельные. Ректальное исследование: перианальная область не изменена, сфинктер тоничен, в ампуле прямой кишки каловые массы, на высоте пальца органической патологии не выявлено, на перчатке следы кала коричневого цвета, исследование безболезненно, цвет мочи – желтый. В крови анемия средней степени тяжести (гемоглобин 73 г/л, железо сыворотки 1,89 мкмоль/л (при норме 12–32)). При эзофагогастродуоденоскопии (ЭГДС) в просвете желудка большое количество содержимого по типу «кофейной гущи» с примесью пищевых масс, данных за продолжающееся кровотечение нет.

Учитывая тяжелое состояние, невыявленный источник кровотечения, пациент госпитализирован в реанимационное отделение с предварительным диагнозом «Язва Дьюлафуа передней стенки тела желудка. Желудочно-кишечное кровотечение». В отделении реанимации была начата гемостатическая (транексамовая кислота 1000 мг 2 раза в/в в сутки, Этамзилат 2,0 3 раза в/м в сутки), антисекреторная (80 мг 2 раза в/в в сутки), симптоматическая терапия, гемотрансфузии эритроцитарной взвеси.

В 1-е сутки госпитализации было выполнено ЭГДС и эндоУЗИ, в подслизистом слое желудка определялись анэхогенные расширенные извитые сосудистые коллатерали диаметром до 1,0 см с активным кровотоком (сосудистые мальформации), там же определялись клипсы (рис. 2, 3).

Учитывая высокий риск рецидива кровотечения, с помощью эндоскопической иглы выполнено склерозирование сосудистых мальформаций 25 % спиртовым раствором из 3 точек в объеме 0,5 мл в каждый укол. Во время динамического наблюдения подтекания свежей крови не отмечается. При контрольной ЭГДС через 2 часа – данных о продолжающемся кровотечении из верхних отделов ЖКТ не выявлено.

На 2-е сутки госпитализации выполнено КТ брюшной полости с в/в контрастированием, по результатам которого в подслизистом слое желудка, преимущественно по большой кривизне, определялись извитые сосудистые коллатерали диаметром до 3 мм (сосудистые мальформации). В стенке желудка по большой кривизне определялся газ (рис. 4, 5).

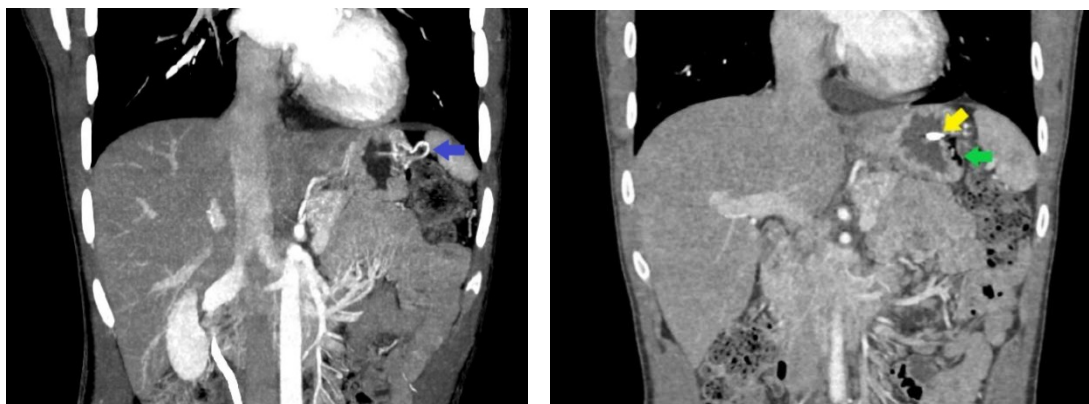


Рис. 4. Состояние после эндоскопического гемостаза стенки желудка: в стенке желудка по большой кривизне определяются включения металлической плотности – клипсы (желтая стрелка). В подслизистом слое тела желудка визуализируются множественные включения газовой плотности (зеленая стрелка) – состояние после эндоскопической инъекции в венозные мальформации

Fig. 4. The condition after endoscopic hemostasis of the stomach wall: inclusions of metallic density – clips (yellow arrow) are determined in the stomach wall by a large curvature. Multiple inclusions of gas density are visualized in the submucosal layer of the body of the stomach (green arrow) – the condition after endoscopic injection into venous malformations

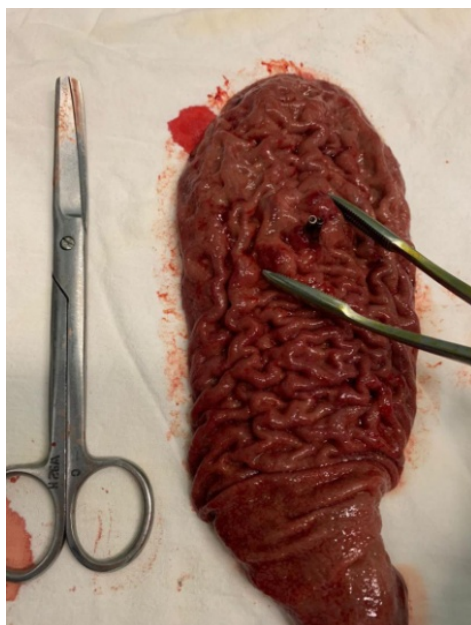


Рис. 5. Операционное фото: макропрепарат, удаленный желудок с сосудистой мальформацией, где визуализируются клипсы

Fig. 5. Surgical photo: macropreparation, removed stomach with vascular malformation, where clips are visualized

При КТ-ангиографии сосудов шеи на уровне позвонков С1–С2 с двух сторон выявлена артерио-венозная мальформация, которая, вероятно, питается от позвоночных артерий и дренируется в венозные синусы и яремные вены. Также определяются сосудистые коллатерали, распространяющиеся паравертебрально, в позвоночный канал и по задней поверхности шеи. На основании клинико-инструментальных данных установлен основной диагноз: синдром Дьелафуа. Осложнение основного: рецидивирующее желудочно-кишечное кровотечение. Постгеморрагическая анемия средней степени тяжести. Сопутствующее: артерио-венозная мальформация сосудов шеи.

На 3-и сутки госпитализации собран консилиум под председательством академика РАН, главного хирурга и эндоскописта ДЗМ Москвы А. В. Шабунина. Учитывая наличие рецидивирующего кровотечения, неэффективность эндоскопического лечения и проведения медикаментозной терапии, невозможность эмболизации артерии из-за развитой сети коллатералей, связывающих ее со всеми артериями, участвующими в кровоснабжении желудка, поражение большей части желудка, отсутствие ангиодисплазий в тонкой и толстой кишке, пациенту показана гастрэктомия.

На 4-е сутки была выполнена видеолaparоскопическая гастрэктомия, длительность которой составила 4 часа, кровопотеря – 50 мл.

В послеоперационном периоде, учитывая объем оперативного вмешательства, пациент переведен в реанимационное отделение на аппарате искусственной вентиляции легких (ИВЛ), где была продолжена аппаратная вентиляция легких и внутривенная инфузионная, антибактериальная, парентеральная терапия.

Экстубирован через 12 часов после оперативного вмешательства. На 4-е сутки дренажи из брюшной полости были удалены. Послеоперационный период протекал без осложнений. Выписан в удовлетворительном состоянии на 7-е сутки после операции.

При гистологическом исследовании операционного материала был подтвержден диагноз артериовенозной мальформации. Во всех исследованных фрагментах стенки желудка из области тела определяется выраженное расширение и умеренный фиброз подслизистого слоя, с явлениями отека, с наличием многочисленных разнокалиберных сосудов, представленных преимущественно сосудами артериального типа, венами и расширенными

лимфатическими сосудами. Диаметр расширенных сосудов достигает 5 мм, многие из них расположены в непосредственной близости с мышечной пластинкой слизистой оболочки.

В просвете одной из артерий в области клипсы – смешанный тромб.

**Обсуждение.** Частота кровотечений из верхних отделов ЖКТ в мире, по разным данным, варьирует от 48 до 160 случаев на 100 тыс. населения. В РФ заболеваемость составляет от 24,8 до 53,9 случаев на 100 тыс. населения [20]. В практике крупных многопрофильных стационаров острые кровотечения на фоне синдрома Дъелафуа встречаются не более 1–2 раз в год [3]. Поэтому единой тактики по ведению данных пациентов не выработано.

Современные возможности гибкой эндоскопии позволяют в абсолютном большинстве случаев (до 80–90 %) достичь окончательного гемостаза, применяя комбинированные методы лечения [12, 21]. Однако риск рецидива кровотечения сохраняется в 9–40 % случаев [5, 22]. При неэффективности эндоскопического вмешательства все чаще используются рентгенэндоваскулярные методы, такие как эмболизация питающей артерии, которые демонстрируют эффективность до 90 % [4]. Однако если кровоточащий сосуд сопряжен с многочисленными коллатеральными, то может потребоваться обширная эмболизация, что, в свою очередь, делает этот метод лечения неэффективным ввиду высокой вероятности развития распространенной ишемии [15].

При массивных кровотечениях и обширных сосудистых мальформациях выполняются такие хирургические вмешательства, как гастротомия с прошиванием кровоточащего сосуда или резекция желудка в области поражения. В частности, в последние годы внедряются в практику гибридные лапароскопические резекции [19].

В представленном нами клиническом случае возможности минимально инвазивной операции и даже резекции желудка были сопряжены с риском тяжелых осложнений. Пациенту проведен комплексный подход к диагностике и лечению. Первоначально выполнена эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС), которая позволила визуализировать источник кровотечения. Дополнительно проведены КТ с внутривенным контрастированием и ангиография, которые помогли установить наличие сосудистой мальформации и ее связь с разветвленной сосудистой сетью.

Эндосонография с доплеровским режимом позволила рассмотреть архитектуру сосудов стенки желудка, тем самым продемонстрировала высокую эффективность в выявлении артериовенозной мальформации в подслизистом слое желудка. Этот метод обладает минимальной инвазивностью и позволяет визуализировать сосуды в реальном времени.

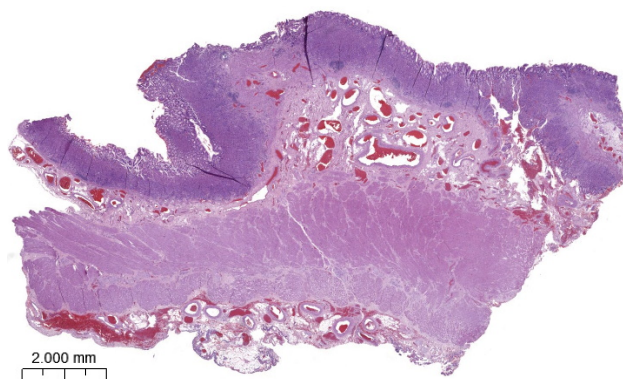


Рис. 6. Стенка желудка, расширение подслизистого слоя, расширенные лимфатические сосуды, артерия и вена, окраска гематоксилином и эозином, масштабный отрезок 2000 мкм  
Fig. 6. Stomach wall, submucosal layer dilation, dilated lymphatic vessels, artery and vein, hematoxylin and eosin staining, scale segment of 2000 microns

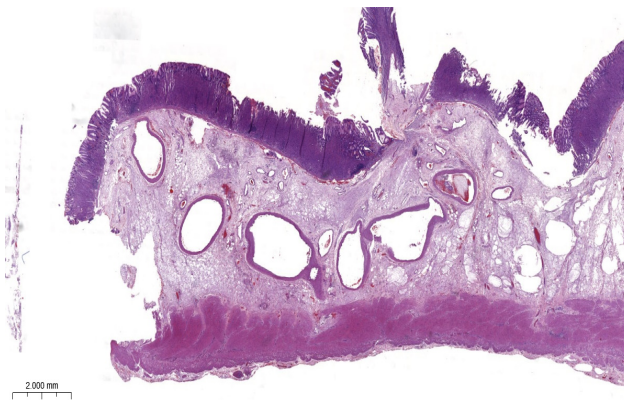


Рис. 7. Стенка желудка, расширение подслизистого слоя, многочисленные сосуды с расширением просвета, в том числе вблизи мышечной пластинки слизистой, смешанный тромб в просвете одной из артерий, окраска гематоксилином и эозином, масштабный отрезок 2000 мкм  
Fig. 7. Stomach wall, submucosal layer dilation, numerous vessels with lumen dilation, including near the muscular plate of the mucosa, a mixed thrombus in the lumen of one of the arteries, hematoxylin and eosin staining, scale segment of 2000 microns

Эндоскопический гемостаз, выполненный на первом этапе, позволил временно стабилизировать состояние пациента. Однако ввиду невозможности выполнения эмболизации из-за развитой сети коллатералей во всех отделах желудка и высокого риска кровотечения было принято решение о выполнении видеолaparоскопической гастрэктомии. В НИИ СП им. Н. В. Склифосовского за последние 12 лет накоплен опыт более 50 видеолaparоскопических гастрэктомий, выполненных по поводу кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта [23].

Видеолaparоскопическая гастрэктомия в сравнении с «традиционной» гастрэктомией продемонстрировала преимущества минимальной инвазивности: снижение интраоперационной кровопотери, уменьшение риска послеоперационных осложнений и ускорение реабилитации пациента. Этот

подход особенно актуален для молодых пациентов с постгеморрагической анемией и сниженной физиологической функциональностью организма. Однако данный метод требует высокой квалификации хирурга и доступа к современному оборудованию.

Комплексный подход, включающий современные методы диагностики, стабилизацию состояния и выбор оптимального метода лечения, обеспечивает наилучшие результаты у пациентов с СД.

**Выводы.** 1. Современные методы диагностики, такие как эндоУЗИ и КТ-ангиография, играют решающую роль в выявлении скрытых сосудистых мальформаций.

2. Эндоскопическое лечение, включая инъекционное склерозирование, эффективно для временного гемостаза, но не всегда устраняет проблему в целом, особенно при значительных сосудистых изменениях.

3. Резекционные хирургические вмешательства в наиболее тяжелых случаях СД должны выполняться с максимальным снижением хирургической агрессии, преимущественно минимальноинвазивно.

#### Конфликт интересов

Авторы заявили об отсутствии конфликта интересов.

#### Conflict of interest

The authors declare no conflict of interest.

#### Соответствие нормам этики

Авторы подтверждают, что соблюдены права людей, принимавших участие в исследовании, включая получение информированного согласия в тех случаях, когда оно необходимо, и правила обращения с животными в случаях их использования в работе. Подробная информация содержится в Правилах для авторов.

#### Compliance with ethical principles

The authors confirm that they respect the rights of the people participated in the study, including obtaining informed consent when it is necessary, and the rules of treatment of animals when they are used in the study. Author Guidelines contains the detailed information.

#### ЛИТЕРАТУРА

- Gallard M. T. Aneurysme miliaries de l'estomach, donnant lieu a des hematemese mortelles. Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris. 1884. Vol. 1. P. 84–91.
- Dieulafoy G. Exulceratio simplex. L'intervention chirurgicale dans les hematemeses foudroyantes consecutives a l'exulceration simple de l'estomac. Le Bulletin de l'Académie nationale de médecine. 1898. Vol. 39. P. 49–53.
- Заговеньев И. Г., Заговеньева С. Н., Дубовко В. Р. и др. Язва Дьелафуа в практике хирургов больницы скорой медицинской помощи. Эндоскопическая хирургия. 2013. Т. 19, № 1. С. 36–38.
- Амарантов Д. Г., Заривначкий М. Ф., Алиева Э. С. и др. Современные взгляды на этиологию, патогенез, диагностику и лечение синдрома Дьелафуа (обзор литературы). Вестник хирургии имени И. И. Грекова. 2021. Т. 180, № 6. С. 111–116. <https://doi.org/10.24884/0042-4625-2021-180-6-111-116>.
- Lee Y. T., Walmsley R. S., Leong R. W., Sung J. J. Dieulafoy's lesion. Gastrointestinal Endoscopy. 2003. Vol. 58, № 2. P. 236–243. <https://doi.org/10.1067/mge.2003.328>.
- Гуров Д. В. Возможности малоинвазивных технологий в комплексном лечении больных с рецидивирующими кровотечениями из язвы дьелафуа. Известия Российской Военно-медицинской академии. 2020. Т. 39, № 1–IS. С. 195–198. <https://doi.org/10.17816/rmmar43423>.

- Yılmaz T. U., Kozan R. Duodenal and jejunal Dieulafoy's lesions: optimal management. Clinical and Experimental Gastroenterology. 2017. Vol. 10. P. 275–283. <https://doi.org/10.2147/CEG.S122784>.
- Lee K. S., Moon Y. J., Lee S. I. et al. A case of bleeding from the Dieulafoy lesion of the jejunum. Yonsei Medical Journal. 1997. Vol. 38, № 4. P. 240–244. <https://doi.org/10.3349/ymj.1997.38.4.240>.
- Inayat F., Ullah W., Hussain Q., Hurairah A. Dieulafoy's lesion of the oesophagus: a case series and literature review. BMJ Case Reports. 2017. Vol. 2017. P. bcr2016218100. <https://doi.org/10.1136/bcr-2016-218100>.
- Pineda-De Paz M. R., Rosario-Morel M. M., Lopez-Fuentes J. G. et al. Endoscopic management of massive rectal bleeding from a Dieulafoy's lesion: case report. World Journal of Gastrointestinal Endoscopy. 2019. Vol. 11, № 7. P. 438–442. <https://doi.org/10.4253/wjge.v11.i7.438>.
- Choudari C. P., Palmer K. R. Dieulafoy's lesion of the duodenum; successful endoscopic therapy. Endoscopy. 1993. Vol. 25, № 5. P. 371. <https://doi.org/10.1055/s-2007-1010334>.
- Nojkov B., Cappell M. S. Gastrointestinal bleeding from Dieulafoy's lesion: clinical presentation, endoscopic findings, and endoscopic therapy. World Journal of Gastrointestinal Endoscopy. 2015. Vol. 7, № 4. P. 295–307. <https://doi.org/10.4253/wjge.v7.i4.295>.
- Malik A., Inayat F., Goraya M. H. N. et al. Jejunal Dieulafoy's Lesion: A Systematic Review of Evaluation, Diagnosis, and Management. Journal of Investigative Medicine High Impact Case Reports. 2021. Vol. 9. P. 2324709620987703. <https://doi.org/10.1177/2324709620987703>.
- Lara L. F., Sreenarasimhaiah J., Tang S. J. et al. Dieulafoy lesions of the GI tract: localization and therapeutic outcomes. Digestive Diseases and Sciences. 2010. Vol. 55, № 12. P. 3436–3441. <https://doi.org/10.1007/s10620-010-1385-0>.
- Nguyen D. C., Jackson C. S. The Dieulafoy's Lesion: An Update on Evaluation, Diagnosis, and Management. Journal of Clinical Gastroenterology. 2015. Vol. 49, № 7. P. 541–549. <https://doi.org/10.1097/MCG.0000000000000321>.
- Baxter M., Aly E. H. Dieulafoy's lesion: current trends in diagnosis and management. Annals of the Royal College of Surgeons of England. 2010;92(7):548–554. <https://doi.org/10.1308/003588410X12699663905311>.
- Ding Y. J., Zhao L., Liu J., Luo H. S. Clinical and endoscopic analysis of gastric Dieulafoy's lesion. World Journal of Gastroenterology. 2010. Vol. 16, № 5. P. 631–635. <https://doi.org/10.3748/wjg.v16.i5.631>.
- Земляной В. П., Сигуа Б. В., Гуржий Д. В. и др. Хирургическая тактика при синдроме Дьелафуа редкой локализации. Журнал им. Н. В. Склифосовского «Неотложная медицинская помощь». 2018. Т. 7, № 1. С. 5–67. <https://doi.org/10.23934/2223-9022-2018-7-1-65-67>.
- Восканян С. Э., Шабалин М. В., Артемьев А. И. и др. Гибридные хирургические технологии в лечении больных с язвой Дьелафуа, осложненной рецидивирующим желудочно-кишечным кровотечением. Эндоскопическая хирургия. 2020. Т. 26, № 1. С. 40–43. <https://doi.org/10.17116/endoskop20202601140>.
- Ревихвили А. Ш., Федоров А. В., Сажин В. П., Оловянный В. Е. Состояние экстренной хирургической помощи в Российской Федерации. Хирургия. Журнал им. Н. И. Пирогова. 2019. № 3. С. 88–97. <https://doi.org/10.17116/hirurgia201903188>.
- Goldenberg S. P., DeLuca V. A. Jr, Marignani P. Endoscopic treatment of Dieulafoy's lesion of the duodenum. The American Journal of Gastroenterology. 1990. Vol. 85, № 4. P. 452–454.
- Sone Y., Kumada T., Toyoda H. et al. Endoscopic management and follow up of Dieulafoy lesion in the upper gastrointestinal tract. Endoscopy. 2005. Vol. 37, № 5. P. 449–453. <https://doi.org/10.1055/s-2005-861288>.
- Тарасов С. А., Ярцев П. А., Роголь М. М., Аксенова С. О. Осложненные формы рака желудка — современные подходы к лечению. Хирургия. Журнал им. Н. И. Пирогова. 2024. № 4. С. 125–140. <https://doi.org/10.17116/hirurgia2024041125>.

#### REFERENCES

- Gallard M. T. Aneurysme miliaries de l'estomach, donnant lieu a des hematemese mortelles. Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris. 1884;1:84–91.
- Dieulafoy G. Exulceratio simplex. L'intervention chirurgicale dans les hematemeses foudroyantes consecutives a l'exulceration simple de l'estomac. Le Bulletin de l'Académie nationale de médecine. 1898;39:49–53.

3. Zagoveniev I. G., Zagovenieva S. N., Dubovko V. R. et al. Dieulafoy ulcer in the practice of surgeons of an emergency hospital. *Endoscopic Surgery*. 2013;19(1):36–38. (In Russ.).
4. Amarantov D. G., Zarivchatsky M. F., Alieva E. S. et al. Modern views on etiology, pathogenesis, diagnosis and treatment of Dieulafoy syndrome (literature review). *Bulletin of Surgery named after I.I. Grekov*. 2021;180(6):111–116. (In Russ.). <https://doi.org/10.24884/0042-4625-2021-180-6-111-116>.
5. Lee Y. T., Walmsley R. S., Leong R. W., Sung J. J. Dieulafoy's lesion. *Gastrointestinal Endoscopy*. 2003;58(2):236–243. <https://doi.org/10.1067/mge.2003.328>.
6. Gurov D. V. Possibilities of minimally invasive technologies in complex treatment of patients with recurrent bleeding from Dieulafoy's ulcer. *Izvestiya Rossiiskoi Voenno-Medicheskoy Akademii*. 2020;39(1–1S):195–198. (In Russ.). <https://doi.org/10.17816/rmmar43423>.
7. Yilmaz T. U., Kozan R. Duodenal and jejunal Dieulafoy's lesions: optimal management. *Clinical and Experimental Gastroenterology*. 2017;10:275–283. <https://doi.org/10.2147/CEG.S122784>.
8. Lee K. S., Moon Y. J., Lee S. I. et al. A case of bleeding from the Dieulafoy lesion of the jejunum. *Yonsei Medical Journal*. 1997;38(4):240–244. <https://doi.org/10.3349/yjmj.1997.38.4.240>.
9. Inayat F., Ullah W., Hussain Q., Hurairah A. Dieulafoy's lesion of the oesophagus: a case series and literature review. *BMJ Case Reports*. 2017;2017:bcr2016218100. <https://doi.org/10.1136/bcr-2016-218100>.
10. Pineda-De Paz M. R., Rosario-Morel M. M., Lopez-Fuentes J. G. et al. Endoscopic management of massive rectal bleeding from a Dieulafoy's lesion: case report. *World Journal of Gastrointestinal Endoscopy*. 2019;11(7):438–442. <https://doi.org/10.4253/wjge.v11.i7.438>.
11. Choudari C. P., Palmer K. R. Dieulafoy's lesion of the duodenum; successful endoscopic therapy. *Endoscopy*. 1993;25(5):371. <https://doi.org/10.1055/s-2007-1010334>.
12. Nojkov B., Cappell M. S. Gastrointestinal bleeding from Dieulafoy's lesion: clinical presentation, endoscopic findings, and endoscopic therapy. *World Journal of Gastrointestinal Endoscopy*. 2015;7(4):295–307. <https://doi.org/10.4253/wjge.v7.i4.295>.
13. Malik A., Inayat F., Goraya M. H. N. et al. Jejunal Dieulafoy's Lesion: A Systematic Review of Evaluation, Diagnosis, and Management. *Journal of Investigative Medicine High Impact Case Reports*. 2021;9:2324709620987703. <https://doi.org/10.1177/2324709620987703>.
14. Lara L. F., Sreenarasimhaiah J., Tang S. J. et al. Dieulafoy lesions of the GI tract: localization and therapeutic outcomes. *Digestive Diseases and Sciences*. 2010;55(12):3436–3441. <https://doi.org/10.1007/s10620-010-1385-0>.
15. Nguyen D. C., Jackson C. S. The Dieulafoy's Lesion: An Update on Evaluation, Diagnosis, and Management. *Journal of Clinical Gastroenterology*. 2015;49(7):541–549. <https://doi.org/10.1097/MCG.0000000000000321>.
16. Baxter M., Aly E. H. Dieulafoy's lesion: current trends in diagnosis and management. *Annals of the Royal College of Surgeons of England*. 2010;92(7):548–554. <https://doi.org/10.1308/003588410X12699663905311>.
17. Ding Y. J., Zhao L., Liu J., Luo H. S. Clinical and endoscopic analysis of gastric Dieulafoy's lesion. *World Journal of Gastroenterology*. 2010;16(5):631–635. <https://doi.org/10.3748/wjg.v16.i5.631>.
18. Zemlyanov V. P., Sigua B. V., Gurchiy D. V. et al. Surgical tactics in Dieulafoy syndrome of rare localization. *Zhurnal im. N. V. Sklifosovskiy Non-emergency medical care*. 2018;7(1):65–67. (In Russ.). <https://doi.org/10.23934/2223-9022-2018-7-1-65-67>.
19. Voskanyan S. E., Shabalin M. V., Artemyev A. I. et al. Hybrid surgical technologies in the treatment of patients with Dieulafoy's ulcer complicated by recurrent gastrointestinal bleeding. *Endoscopic Surgery*. 2020;26(1):40–43. (In Russ.). <https://doi.org/10.17116/endoskop20202601140>.
20. Revishvili A. Sh., Fedorov A. V., Sazhin V. P., Olovyanov V. E. State of emergency surgical care in the Russian Federation. *Khirurgiya. Zhurnal im. N. I. Pirogov*. 2019;3:88–97. (In Russ.). <https://doi.org/10.17116/hirurgia201903188>.
21. Goldenberg S. P., DeLuca V. A. Jr, Marignani P. Endoscopic treatment of Dieulafoy's lesion of the duodenum. *The American Journal of Gastroenterology*. 1990;85(4):452–454.
22. Sone Y., Kumada T., Toyoda H. et al. Endoscopic management and follow up of Dieulafoy lesion in the upper gastrointestinal tract. *Endoscopy*. 2005;37(5):449–453. <https://doi.org/10.1055/s-2005-861288>.
23. Tarasov S. A., Yartsev P. A., Rogal M. M., Aksenova S. O. Complicated forms of gastric cancer – modern approaches to treatment. *Surgery. Journal named after N. I. Pirogov*. 2024;4:125–140. (In Russ.). <https://doi.org/10.17116/hirurgia2024041125>.

## Информация об авторах:

**Шабунин Алексей Васильевич**, доктор медицинских наук, профессор, академик РАН, главный хирург и эндоскопист Департамента здравоохранения Москвы, директор, Московский многопрофильный научно-клинический центр имени С. П. Боткина (Москва, Россия) ORCID: 0000-0002-0522-0681; **Ярцев Петр Андреевич**, доктор медицинских наук, профессор, руководитель отдела неотложной хирургии, эндоскопии и интенсивной терапии, Научно-исследовательский институт скорой помощи им. Н. В. Склифосовского (Москва, Россия), ORCID: 0000-0003-1270-5414; **Тарасов Сергей Андреевич**, кандидат медицинских наук, врач-хирург, старший научный сотрудник отделения неотложной хирургии, эндоскопии и интенсивной терапии, Научно-исследовательский институт скорой помощи им. Н. В. Склифосовского (Москва, Россия), ORCID: 0000-0002-9173-6296; **Рогаль Михаил Михайлович**, кандидат медицинских наук, врач-хирург, научный сотрудник отделения неотложной хирургии, эндоскопии и интенсивной терапии, Научно-исследовательский институт скорой помощи им. Н. В. Склифосовского (Москва, Россия), ORCID: 0000-0003-1327-6973; **Аксенова Софья Олеговна**, врач-хирург, Научно-исследовательский институт скорой помощи им. Н. В. Склифосовского (Москва, Россия), ORCID: 0009-0008-5632-6094; **Каниболоцкий Александр Алексеевич**, кандидат медицинских наук, заведующий патологоанатомическим отделением, Научно-исследовательский институт скорой помощи им. Н. В. Склифосовского (Москва, Россия), ORCID: 0000-0001-6123-8387; **Елоховский Роман Владимирович**, врач-рентгенолог, зав. отделением лучевой диагностики, Научно-исследовательский институт скорой помощи им. Н. В. Склифосовского (Москва, Россия), ORCID: 0009-0005-5974-9846; **Москаленко Владислав Александрович**, врач по рентгенэндоваскулярным диагностике и лечению, младший научный сотрудник отделения рентгенохирургических методов диагностики и лечения, Научно-исследовательский институт скорой помощи им. Н. В. Склифосовского (Москва, Россия), ORCID: 0000-0002-9327-7177; **Шадиев Артур Маратович**, врач-эндоскопист, Научно-исследовательский институт скорой помощи им. Н. В. Склифосовского (Москва, Россия), ORCID: 0000-0002-1104-7942.

## Information about authors:

**Shabunin Aleksey V.**, Dr. of Sci. (Med.), Professor, Academician of the Russian Academy of Sciences, Chief Surgeon and Endoscopist of the Moscow Department of Healthcare, Director, S. P. Botkin Moscow Multidisciplinary Research and Clinical Center (Moscow, Russia), ORCID: 0000-0002-0522-0681; **Yartsev Petr A.**, Dr. of Sci. (Med.), Professor, Head of the Department of Emergency Surgery, Endoscopy and Intensive Care, N.V. Sklifosovsky Research Institute of Emergency Care (Moscow, Russia), ORCID: 0000-0003-1270-5414; **Tarasov Sergey A.**, Cand. of Sci. (Med.), Surgeon, Senior Researcher, Department of Emergency Surgery, Endoscopy, and Intensive Care, N.V. Sklifosovsky Research Institute for Emergency Medicine (Moscow, Russia), ORCID: 0000-0002-9173-6296; **Rogal Mikhail M.**, Cand. of Sci. (Med.), Surgeon, Research Fellow, Department of Emergency Surgery, Endoscopy, and Intensive Care, N. V. Sklifosovsky Research Institute for Emergency Medicine (Moscow, Russia), ORCID: 0000-0003-1327-6973; **Aksenova Sofya O.**, Surgeon, N. V. Sklifosovsky Research Institute for Emergency Medicine (Moscow, Russia), ORCID: 0009-0008-5632-6094; **Kanibolotsky Alexandr A.**, Cand. of Sci. (Med.), Head of the Pathology Department, N. V. Sklifosovsky Research Institute for Emergency Medicine (Moscow, Russia), ORCID: 0000-0001-6123-8387; **Yelokhovskiy Roman V.**, Radiologist, Head of the Department of Radiology, N.V. Sklifosovsky Research Institute for Emergency Care (Moscow, Russia), ORCID: 0009-0005-5974-9846; **Moskalenko Vladislav A.**, Doctor of X-ray endovascular diagnostics and treatment, Junior Research Fellow, Department of X-ray Surgical Diagnostic and Treatment Methods, N. V. Sklifosovsky Research Institute for Emergency Care (Moscow, Russia), ORCID: 0000-0002-9327-7177; **Shadiev Artur M.**, Endoscopist, N.V. Sklifosovsky Research Institute for Emergency Care (Moscow, Russia), ORCID: 0000-0002-1104-7942.