

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОСТБУЛЬБАРНЫХ ЯЗВ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ, ОСЛОЖНЕННЫХ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ

*С.В. Тарасенко, О.В. Зайцев, А.П. Мотин, Е.М. Брянцев,
С.Л. Мараховский, И.В. Баконина*

Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова
ГУЗ «Больница скорой медицинской помощи г. Рязани»

Изучены результаты хирургического лечения 87 пациентов с язвой двенадцатиперстной кишки постбульбарной локализации. Предложена классификация постбульбарных язв, учитывающая степень вовлечения в периульцерозный процесс желчевыводящих путей и большого дуоденального сосочка. При супрапапиллярных язвах с поражением холедоха предлагается выполнять резекцию желудка, дополненную билиодигестивным анастомозом. Механическая желтуха, осложнившая юкстапапиллярную язву, может быть купирована эндоскопической папиллосфинктеротомией. При глубоком поражении головки поджелудочной железы может являться показанием к выполнению панкреатодуоденальной резекции.

Ключевые слова: механическая желтуха, осложнения, постбульбарные язвы, двенадцатиперстная кишка, хирургическое лечение.

К настоящему времени накоплен значительный опыт хирургического лечения язвенной болезни и при различных ее формах и при различных локализациях язв [2,4,10,43]. Тем не менее, вопросы диагностики и лечения осложнений, так называемых, постбульбарных язв двенадцатиперстной кишки, остаются предметом широкой научной дискуссии.

Сведения о частоте постбульбарных язв значительно варьируют. Их частота составляет 3,6-10% среди всех язв двенадцатиперстной кишки [3,16,19,35]. Целенаправленная ориентация исследователя на обнаружение вовлечения в язвенных процесс залуковичного отдела позволяет повысить частоту выявления постбульбарных язв до 11% [13,31]. Некоторые авторы считают, что в действительности постбульбарных язв намного больше – до 56%, с учетом того, что язвенные дефекты часто имеют множественную локализацию, с одновременным поражением и луковицы двенадцатиперстной кишки и ее постбульбарного отдела [34].

Клиническое течение постбульбарных язв характеризуется рядом особенностей. Средний возраст больных с залуковичными язвами выше, чем больных с типичной дуоденальной язвой [13]. Постбульбарные язвы резистентны к консервативной терапии [41], часто осложняются тяжелыми кровотечениями, склонными к рецидивированию [12,22,42].

Специфическим осложнением пенетрирующих постбульбарных язв является вовлечение в периульцерозный процесс желчевыводящих путей, частота которого может достигать 50% и даже 100% [9,16]. Дополнительным фактором агрессии, усиливающим рубцово-пролиферативные периульцерозные процессы, является воздействие желчи при билиарной гипертензии [9]. Пенетрация в желчный пузырь

и ретродуоденальную часть холедоха могут привести к образованию внутренних билиодигестивных свищей [33,41]. Дуоденальная пенетрирующая язва называется одной из основных причин патологических холедоходуоденальных соустьев (до 80%) [36].

Несмотря на анатомическую близость БДС, дуоденальная язва сравнительно редко осложняется механической желтухой – 0,14-0,6% [18,35]. Тем не менее, гипербилирубинемия, как специфическое осложнение постбульбарной язвы, описана достаточно давно [38]. Механическая желтуха может развиваться вследствие пенетрации супрапапиллярной язвы в интрапанкреатическую или ретродуоденальную часть холедоха, либо в результате непосредственного поражения большого дуоденального сосочка при юкстапапиллярной локализации язвы. Вовлечение в рубцовый периульцерозный процесс холедоха создает большие сложности в дифференциальной диагностике с холангиокарциномой, и в большинстве наблюдений уточнить диагноз оказывается возможным только при гистологическом исследовании удаленного препарата [21,28,40].

Околососочковая локализация язвы встречается в 5,6-20% пенетрирующих дуоденальных язв [9,11]. Интересно, что стенозирование терминального отдела холедоха развивается чаще всего в период стихания обострения, на фоне адекватной противовоспалительной терапии, как результат активного периульцерозного рубцевания [29].

Для уточнения пространственных соотношений между язвенным очагом и элементами желчевыводящей системы, ряд авторов рекомендует эндоскопическую ретроградную холангиопанкреатикографию (ЭРХПГ) [20,26,39]. С другой стороны, подчеркивается сложность выполнения этой процедуры, связанная с наличием сопутствующих рубцовой деформации и стеноза двенадцатиперстной кишки, а также с невозможностью обнаружения и катетеризации дуоденального сосочка в язвенном дефекте [27,29,31].

В настоящее время отсутствует единая точка зрения на выбор объема операции при постбульбарной язве с поражением желчевыводящих путей. Имеются клинические наблюдения успешных ЭРХПГ с папиллосфинктеротомией, которые позволили малоинвазивным способом разрешить желтуху [14,26]. Лимитирующим фактором в этом случае являлась протяженность язвенного стеноза. Возможно проведение временного эндоскопического транспапиллярного стентирования желчевыводящих путей до купирования явлений периульцерозного воспаления [18]. Ряд авторов являются сторонниками сложных реконструктивных вмешательств на большом дуоденальном сосочке при юкстапапиллярной язве. Разработаны методики вирсунгопапиллопластики [1,5], реимплантации БДС в двенадцатиперстную кишку [11], сегментарные резекции двенадцатиперстной кишки с реимплантацией желчного и панкреатического протоков [25,32]. В качестве альтернативного вмешательства при осложненных околососочковых язвах можно рассматривать панкреатодуоденальную резекцию, об успешном выполнении которой в этой ситуации имеется несколько сообщений [24,28,42].

При внепапиллярных язвенных стриктурах желчевыводящих путей ваготомия предлагается дополнять различными вариантами наружного дренирования холедоха [30,32,33], сегментарной резекцией холедоха с формированием сложных билиодигестивных анастомозов [21] или холедоходуоденопластикой [1].

Таким образом, до настоящего времени показания к выбору метода операции при постбульбарной язве, осложненной поражением желчевыводящих путей,

остаются неуточненными. Предлагается большой спектр вмешательств, часто противопоставляемых друг другу в сходной клинической ситуации. Систематизация и клинико-морфологическое обоснование методов коррекции билиарных осложнений постбульбарной язвы являются актуальной задачей хирургической гастроэнтерологии.

Цель работы — анализ результатов хирургического лечения больных с юкстапапиллярными дуоденальными язвами, осложненными механической желтухой.

Материалы и методы

С 1997 по 2008 в клинике госпитальной хирургии оперировано 87 пациентов по поводу осложненных постбульбарных язв. Постбульбарными считали язвы, локализующиеся в области бульбодуоденального сфинктера и ниже. Во время операции исследовалось макроскопическое состояние постбульбарных отделов двенадцатиперстной кишки: 1) определение рубцово-язвенной деформации и ее распространенности; 2) глубина пенетрации язвы, степень вовлечения в рубцово-язвенный процесс окружающих структур, в том числе желчевыводящих путей; 3) оценка состояния большого и малого дуоденальных сосочков, их отношение к язвенному дефекту.

Все пациенты с постбульбарной локализацией язвы были разделены на две группы по отношению язвенного дефекта к большому дуоденальному сосочку: пациенты с экстрапапиллярными и юкстапапиллярными язвами. Под юкстапапиллярной язвой понимали язву, в периульцерозный рубцово-воспалительный процесс которой вовлекались структуры большого дуоденального сосочка, язвенный дефект располагался ближе, чем на 1 см. Юкстапапиллярная локализация язвы отмечалась у 22 пациентов, которая в 11 случаях была осложнена пенетрацией и стенозом большого дуоденального сосочка с развитием механической желтухи. В 58 случаях имела место экстрапапиллярная локализация язвы, из них в 14 наблюдениях язва пенетрировала в супрадуоденальную, ретродуоденальную или панкреатическую часть холедоха. Клиническая характеристика больных по полу и осложнениям язвенной болезни дана в таблице 1.

Таблица 1.

Характеристика больных по полу и осложнениям язвенной болезни.

Параметры	Количество пациентов	%
Мужчины	84	
Женщины	3	
Средний возраст (M±σ)	46,19±12,76	
Отсутствие язвенного анамнеза	9	
Осложнения	Пенетрация	24
	Пенетрация+стеноз	19
	Пенетрация+кровотечение	23
	Пенетрация+желтуха	13
	Перфорация	4
	Перфорация+кровотечение	1
	Холедохо-дуоденальный свищ	2
	Холедохо-дуоденальный свищ+перфорация	1

Применялись различные методы хирургических вмешательств: эндоскопическая папиллосфинктеротомия, резекция желудка с наложением билиодигестивных анастомозов, резекция желудка с реимплантацией большого дуоденального сосочка в двенадцатиперстную кишку, резекция желудка с папиллохоледоховирсунгопластикой, панкреатодуоденальная резекция.

Результаты и обсуждение

Принципиально важным фактором, определяющим выбор методики оперативного вмешательства, считаем степень вовлеченности в периульцерозный процесс большого дуоденального сосочка и/или желчевыводящих путей. С целью систематизации подхода к выбору объема оперативного вмешательства предложена топическая классификация постбульбарных язв, учитывающая степень вовлечения в периульцерозный процесс дуоденального сосочка или желчевыводящих путей:

Тип 1: Экстрапапиллярные постбульбарные язвы, локализующиеся ниже бульбодуоденального сфинктера, не достигающие до дуоденального сосочка 1 см.

Тип 1а: без вовлечения в рубцово-воспалительный процесс желчевыводящих путей.

Тип 1б – имеется пенетрация в задне-верхнем направлении с вовлечением в рубцово-воспалительный процесс желчевыводящих путей: интрапанкреатической или ретробульбарной части холедоха.

Тип 2: Юктапапиллярные постбульбарные язвы. В периульцерозный инфилтративный, язвенный или рубцовый процесс непосредственно вовлечены структуры большого дуоденального сосочка.

Тип 2а: Поверхностные юктапапиллярные язвы. Рубцово-язвенное поражение дуоденального сосочка носит поверхностный характер, не распространяется за пределы капсулы поджелудочной железы, в рубцово-воспалительный процесс вовлечены интрамуральная часть холедоха и устье вирсунгова протока.

Тип 2б: Глубокие юктапапиллярные язвы. Глубокая пенетрация язвы в головку поджелудочной железы, полное разрушение дуоденального сосочка, тяжелые рубцово-воспалительные изменения в головке поджелудочной железы, поражение интрапанкреатической части холедоха, повреждение вирсунгова протока на протяжении.

Структура оперативных вмешательств отражена в таблице 2.

Таблица 2.

Структура оперативных вмешательств

Тип язвы	Количество больных	Название операции (число больных)
Ia	44	Резекция желудка по Б-I (29)
		Ушивание прободной язвы (9)
		Ушивание кровоточащей язвы (1)
		Резекция желудка по Б-II (5)
Ib	14	<i>Резекция желудка + наружное дренирование холедоха (2)*</i>
		<i>Ушивание прободной язвы + наружное дренирование холедоха (1)</i>
		Резекция желудка по Б-1 (7)
		Резекция желудка по Б-2 (2)
		<i>Резекция желудка + холедохоеюноанастомоз (2)</i>
IIa	24	<i>Резекция желудка + папиллохоледоховирсунгопластика</i>

		(4)
		Резекция желудка по Б-1 (9)
		Резекция желудка по Б-2 (8)
		<i>Резекция желудка + холедохоеюноанастомоз (1)</i>
		<i>Эндоскопическая папиллосфинктеротомия (2)</i>
Пб	3	<i>Панкреатодуоденальная резекция (2)</i>
		Прошивание кровоточащей язвы (1)

*жирным курсивом выделены операции, выполненные по поводу постбульбарных язв, осложненных механической желтухой.

При экстрапапиллярных постбульбарных язвах в подавляющем большинстве случаев выполнялась резекция желудка по Бильрот-1. Целесообразность выполнения резекции желудка по Бильрот-I при постбульбарной язве продиктована не столько стремлением создать физиологичный пассаж пищевых масс через двенадцатиперстную кишку, сколько преимуществами гастродуоденоанастомоза "конец в конец" в сравнении с любой методикой ушивания культи двенадцатиперстной кишки. Основным аргументом является отсутствие необходимости широкой мобилизации культи двенадцатиперстной кишки, которая потребовалась бы для ее ушивания классическим трехрядным швом. Как следствие, уменьшается опасность повреждения желчных и панкреатических протоков. Выполнение гастродуоденоанастомоза в условиях постбульбарной язвы требует использования однорядного серозно-мышечно-подслизистого узлового шва. Для наложения однорядного шва достаточно отсечь слизистую по нижнему краю язвы. При формировании задней стенки анастомоза в этом случае в шов захватывается рубцово-измененная капсула поджелудочной железы, являвшаяся краем язвенного дефекта. Полностью ликвидировать диастаз между культей желудка и двенадцатиперстной кишки и выполнить анастомоз без какого-либо натяжения позволяет широкая мобилизация двенадцатиперстной кишки по Кохеру.

Резекция желудка по Бильрот-1 выполнена у 29 больных с постбульбарными экстрапапиллярными язвами, ни в одном случае не наблюдали явлений несостоятельности гастродуоденоанастомоза.

У 14 пациентов постбульбарная внепапиллярная язва пенетрировала в общий желчный проток (тип Ib). Транзиторная гипербилирубинемия в четырех наблюдениях позволила установить факт вовлечения в периульцерозный процесс желчевыводящих путей до операции. В остальных случаях альтерация желчного протока была выявлена непосредственно в ходе хирургического вмешательства. В одном наблюдении обнаружены сопутствующие холедохолитиаз и хронический холангит. Интраоперационными признаками ulcerогенного повреждения холедоха считали: 1) пальпируемый непосредственно в зоне постбульбарного отдела холедоха плотный очаг неоколлагеноза; 2) супрастенотическое расширение внепеченочных желчных протоков; 3) наличие супрапапиллярного холедоходуоденального свища.

Холедоходуоденальный свищ был представлен в 3 случаях. В одном из них, во время экстренной операции по поводу прободной язвы, обнаружена гигантская язва двенадцатиперстной кишки с перфорацией по ее большой кривизне. К зоне прободения непосредственно прилежала латеральная поверхность печеночно-

двенадцатиперстной связки со следами пенетрации язвы, в центре которой открывался свищ супрадуоденального отдела холедоха.

Объем операции у больных группы Ib зависел от степени нарушения пассажа желчи. При отсутствии рубцовой стриктуры, сопровождающейся супрастенотическим расширением холедоха, хирургическое пособие может быть ограничено резекцией желудка без вмешательства на желчевыводящих путях, что было выполнено в 9 случаях. Считаем допустимым оставление части рубцово-измененного дна постбульбарной язвы, чтобы избежать повреждения желчевыводящих протоков. Экстерриторизация язвенного дефекта в этом случае достигается путем наложения швов задней губы гастродуоденоанастомоза с захватом дистального края язвенного кратера.

В 4 наблюдениях пенетрация внепапиллярной постбульбарной язвы в общий желчный проток привела к развитию билиарной гипертензии. Билиарная гипертензия проявлялась гипербилирубинемией, обострениями холангита и расширением желчевыводящих протоков, что потребовало выполнения супрадуоденальной холедохотомии. У 2 пациентов ревизия 5-мм зондом выявила значительное рубцово-воспалительное сужение и деформацию холедоха. В этом случае считаем необходимым дополнить резекцию желудка наложением холедохоеюноанастомоза на петле Ру. На наш взгляд, холедохоеюноанастомоз имеет важные преимущества перед холедоходуоденоанастомозом: позволяет предотвратить развитие щелочного рефлюкс-гастрита при наложении низкого гастродуоденоанастомоза.

В двух наблюдениях, в патогенезе сужения общего печеночного протока было представлено преимущественно не очагом неоколлагеноза, а периульцерозным воспалительным инфильтратом. Несмотря на признаки билиарной гипертензии, ревизия 5-мм зондом позволила сравнительно легко бужировать зону стеноза холедоха. В обоих случаях вмешательство на желчевыводящих путях было ограничено временным наружным дренированием холедоха через холедохотомическое отверстие. Оба пациента находятся на диспансерном наблюдении в течение 8 и 6 лет, рецидива язвенной болезни и механической желтухи не отмечалось.

В 27 случаях язвенный дефект располагался непосредственно в зоне большого дуоденального сосочка. Несмотря на очевидное вовлечение в язвенный процесс терминального отдела холедоха, механическую желтуху удалось выявить лишь в 9 наблюдениях (33,3%).

При отсутствии явлений стеноза терминального отдела холедоха выполняли резекцию желудка по Бильрот-1 или Бильрот-2, вмешательство на большом дуоденальном сосочке не считали целесообразным. Из 17 пациентов отдаленные результаты удалось проследить у 9. У всех девяти пациентов при контрольной фиброгастродуоденоскопии в сроки от 1 до 6 лет после операции отмечалось полное заживление язвенного дефекта, признаков деформации большого дуоденального сосочка не было.

У 9 пациентов юктапапиллярная язва осложнилась механической желтухой. В ряде случаев желтуха носила транзиторный характер, противоязвенная и противовоспалительная терапия приводила к нормализации сывороточного билирубина. В трех наблюдениях механическая желтуха была резистентна к консервативной терапии и потребовала срочного хирургического вмешательства.

Из группы больных с юктапапиллярными язвами четырем пациентам резекция желудка была дополнена папилловирсунгохоледохопластикой с реимплантацией большого дуоденального сосочка в стенку двенадцатиперстной кишки. В

ходе оперативного вмешательства выполнялось дренированием просветов холедоха и вирсунгова протока микродренажами. Результаты хирургического лечения у этих пациентов считаем неудовлетворительными в связи с развитием тяжелых ранних осложнений: в одном случае – панкреонекроз с последующей несостоятельностью гастродуоденоанастомоза, в двух других – наружные панкреатический и желчный свищи.

Альтернативой папилловирсунгохоледохопластике может являться эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатикография с папиллосфинктеротомией. Попытка выполнить это исследование была предпринята в 4 случаях. В двух наблюдениях эндоскопическая папиллосфинктеротомия позволила полностью ликвидировать ульцерогенный стеноз терминального отдела холедоха. Поскольку нарушение пассажа желчи было единственным осложнением юкстапапиллярной язвы, от радикального оперативного вмешательства решено было воздержаться. Оба пациента получали курсы противоязвенной терапии, рецидивов механической желтухи не отмечалось.

У одного пациента эндоскопическое вмешательство на сосочке оказалось невозможным вследствие протяженного тубулярного стеноза двенадцатиперстной кишки. В другом случае, при ЭРХПГ выявлена протяженная ульцерогенная структура терминального отдела холедоха, ассоциированная с холецистохоледохолитиазом и папиллосфинктеротомия была неадекватна. Этому пациенту была выполнена резекция желудка, холедохолитомия с наложением холедохоеюноанастомоза на петле Ру.

В двух наблюдениях имела место глубокая пенетрация гигантской юкстапапиллярной язвы, сопровождающаяся полным разрушением большого дуоденального сосочка (тип IIb). Головка поджелудочной железы была представлена глубоким язвенным кратером. Окружающая язву паренхима поджелудочной железы была замещена плотной рубцовой тканью, что привело к стенозированию интрапанкреатической части холедоха и головчатой части вирсунгова протока. Характерным являлось отсутствие язвенного анамнеза в обоих случаях. Глубина патоморфологических изменений в поджелудочной железе потребовала проведения в предоперационном периоде дифференциального диагноза со злокачественным новообразованием. В описанной ситуации эффективным вмешательством можно считать панкреатодуоденальную резекцию. Эта операция позволяет устранить очаг язвенного аффекта и ликвидировать нарушения пассажа желчи и панкреатического секрета. Панкреатодуоденальная резекция в модификации Whipple была выполнена в обоих случаях, послеоперационный период протекал без каких-либо осложнений.

Выводы

Выбор объема операции при осложненной постбульбарной язве зависит от топологических взаимоотношений язвенного дефекта и большого дуоденального сосочка. Предложенная классификация постбульбарных язв позволяет систематизировать выбор операции, корригирующей патологические изменения в дуоденальном сосочке и желчевыводящих путях.

Эндоскопическая папиллосфинктеротомия является эффективным способом устранения механической желтухи, осложнившей юкстапапиллярную язву, при условии отсутствия грубых патоморфологических изменений в большом дуоденальном сосочке.

При глубокопенетрирующих юкстапапиллярных язвах, сопровождающихся тяжелыми рубцово-воспалительными изменениями в головке поджелудочной желе-

зы и разрушением большого дуоденального сосочка, показано выполнение панкреатодуоденальной резекции.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бальян А.С. Радикальная дуоденопластика при осложненных постбульбарных ранее ушитых перфоративных дуоденальных язвах: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Краснодар 2008.
2. Курбонов К.М., Гудов М.К., Норов Х.М. Хирургическое лечение постбульбарных язв двенадцатиперстной кишки. *Анналы хирургии* 2004;3:42-46.
3. Мыш Г.Д. Патофизиологические аспекты хирургии язвенной болезни. Новосибирск: Наука 1983: 194.
4. Оноприев В.И. Этюды функциональной хирургии язвенной болезни. Краснодар 1995:296.
5. Оноприев В.И., Мануйлов А.М., Уваров И.Б. Способ хирургического лечения околосоочковых дуоденальных язв. Патент РФ № 94039972/14:1998.
6. Сахаров В.В. Выбор способа операции при «трудных» язвах двенадцатиперстной кишки: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Томск 2003.
7. Фесенко В.П., Бабалич А.К., Безруков О.Ф. Язва двенадцатиперстной кишки, осложненная механической желтухой. *Клин хир* 1983;10:61.
8. Фурсова О.Н. Математическое моделирование анастомоза в хирургическом лечении постбульбарной язвы двенадцатиперстной кишки. *SIBCONVERS '99. The Third International Symposium*: 262-263.
9. Хмельницкий С.И. Особенности патоморфогенеза повреждений в структурах и элементах соединительной ткани параульцерозного поля дуоденальной язвы, пенетрирующей в желчные протоки. Кировоград: Полиум 2009:96.
10. Черноусов А.Ф., Богопольский Г.М., Курбанов Ф.С. Хирургия язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки: руководство для врачей. М.: Медицина 1996: 1996.
11. Шепетько Е.Н., Фомин П.Д., Заплавский А.В. и др. Тактика и результаты хирургического лечения осложненных постбульбарных и юктапапиллярных язв. *Хірургія України* 2006;2:34-35.
12. Akatsu T., Aiura K., Ueda M., Nakatsuka S., Kitajima M. Life-threatening bleeding from postbulbar duodenal ulcer saved by emergency transcatheter arterial embolization. *J Gastroenterol* 2006;41(6):604-5.
13. Carucci L.R., Levine M.S., Rubesin S.E., Laufer I. Upper gastrointestinal tract barium examination of postbulbar duodenal ulcers. *AJR* 2004;182:927-930.
14. Chung J.Y., Cho J.S., Park Y.N. et al. Obstructive jaundice and acute cholangitis due to papillary stenosis. *Yonsei Med J* 1999;40(2):191-194.
15. Chung R., DenBesten L. Duodenojejunostomy in gastric operations for postbulbar duodenal ulcer. *Arch Surg* 1976;111(9):955-957.
16. Cotîrleş A, Ivan I, Anghel R et al. Complicated postbulbar duodenal ulcer: the characteristics of its diagnosis and surgical technic and management. *Rev Med Chir Soc Med Nat Iasi* 1997;101(1-2):164-9.

17. Fujimoto M., Shimizu I., Horie T. et al. Recurrent giant longitudinal duodenal ulcer with massive hemorrhage in a *Helicobacter pylori*-negative patient. *JMI* 2001;11:59-60.
18. Hansen E.F., Jensen H.Q. Postbulbar duodenal ulcer. A rare cause of icterus. *Ugeskr Laeger* 1996;158(27):3947-8.
19. Hector P., Rodriguez P., James K. Ulcers in the descending duodenum. *AJR* 1973;119(2):316-322.
20. Hickinbotham P. Obstructive jaundice with duodenal ulcer. *BJS* 2005;50(221):341.
21. Ho C.H., Chen T.S., Chang F.Y., Lee S.D. Benign nontraumatic inflammatory stricture of mid portion of common bile duct mimicking malignant tumor. *World J Gastroenterol* 2004;10(14):2153-2155.
22. Iwamura T., Uchino R., Oshikata S. et al. Duodenal ulceration into the cystic artery with massive hemorrhage. *J Clin Gastr* 1999;28(2):171-174.
23. Kaminishi M, Shimazu R, Kuramoto S et al. A clinicopathological study of postbulbar duodenal ulcer - analysis of 6 cases and comparison to usual chronic duodenal ulcer. *Jpn J Surg* 1987;17(2):140-5.
24. Katoh H., Tanabe T. Congenital arteriovenous malformation of the pancreas with jaundice and a duodenal ulcer. *Surgery Today* 1993;23(12):1108-1112.
25. Konno Y., Kameyama J., Sasaki I. et al. Surgical management of post bulbar duodenal ulcer. *Jpn J Gastroenterol Surg* 1983;16:1324-1327.
26. Kulkarni V. Papillary deformities associated with chronic duodenal ulcer disease. *J Gastr Hep* 2008;23:29-34.
27. Laajam M., Zargar S., Al-Teimi I. Choledochoduodenal fistula: a vanishing complication of peptic ulcer revisited. *Annals of Saudi Medicine* 1994;14(3):62-64.
28. Maekawa T., Yabuki K., Haba T. et al. Case of postbulbar duodenal ulcer with jaundice. *Digestive Endoscopy* 2007;10(1):46-50.
29. Matsumoto A., Nobusawa S., Aoi T. et al. A surgical case of obstructive jaundice occurring subsequently to a scar of duodenal post-bulbar ulcer. *Jpn J Gastroenterol Surg* 1992;25:146-150.
30. Milkov G. Duodenal ulcer perforation into the d. choledochus and papilla duodeni. *Khirurgiia (Sofiia)* 1979;32(4):309-11.
31. Morales T.G., Jaffe P.E., Fennerty M.B., Sampliner R.E. Yield of routine endoscopy beyond the duodenal bulb. *J Clin Gastroenterol* 1997;24:147-149.
32. Ntlhe L.M., Montwedi O.D., Mokotedi S.D., Moeketsi K. Pancreaticoduodenostomy for treatment of giant duodenal ulcer. *SAJS* 2004;42(2):51-52.
33. Parekh D., Segal I., Ramelho R.M. Choledochoduodenal fistula from penetrating duodenal ulcer. *S Afr Med J* 1992;81:478-479.
34. Rao S.S., Murthy K.V. Post-bulbar and coexisting ulceration: unique features of peptic ulcer in Hyderabad. *Gut* 1993;34:1327-1330.
35. Ritchie J.D. Postbulbar duodenal ulcer. *Aust N Z J Surg* 1976;46(2):116-20.
36. Sarr M.G., Shepard A.J., Zudema G.D. Choledochoduodenal fistula: an unusual complication of duodenal ulcer disease. *Am J Surg* 1981;141:736-40.
37. Seiji K., Kazuo S., Tadashi A. et al. A study of post-bulbar ulcer in the elderly, especially its relation to *Helicobacter pylori*. *Aomori Kenritsu Chuo Byoin Ishi* 2001; 46(3):147-157.

38. Sturtevant M., Wallace R.P. Hyperbilirubinemia in peptic ulcer. Arch Intern Med 1929;43(1):129-131.
39. Sung H.Y., Kim J.L., Park Y.B. et al. The papilla of Vater just below the pylorus presenting as recurrent duodenal ulcer bleeding. Int Med 2007;8:1853-6.
40. Van Steenberg W., Ponette E., Marchal G. et al. Distal common bile duct stenosis secondary to benign duodenal ulceration. Abd Imag 1990;15(1):215-217.
41. Yamane T., Uchiyama K., Ishii T. et al. Two cases of refractory post-bulbar duodenal ulcer. Intern Med 2007;46(17):1413-7.
42. Yoshiya K., Ishikawa Y., Miura J. et al. Surgical management of acute hemorrhagic postbulbar duodenal ulcer after a previous major surgical procedure. Surgery Today 1985;15(5):348-354.
43. Zittel T.T., Jehle E.C., Decker H.D. Surgical management of peptic ulcer: Disease today – indication, technique and outcome. Langenbecks Archive of Surgery 2000;3:84-96.

SURGICAL TREATMENT OF DUODENAL POSTBULBAR ULCER COMPLICATED WITH MECHANICAL JAUNDICE

*S.V. Tarasenko, O.V. Zaytsev, A.P. Motin, E.M. Bryantsev,
S.L. Marakhovskiy, I.V. Bakonina*

Results of surgical treatment of 87 patients with an postbulbar duodenal peptic ulcer are studied. Classification of postbulbar peptic ulcers, considering degree of involving in periulcerative process biliary tree and papilla Phateri is offered. At suprapapillar ulcers with alteration of common bile duct it is offered to carry out the partial gastrectomy added by biliodigestive anastomosis. The obstructive jaundice which has complicated an juxtapapillar ulcer, can be treated by endoscopic papillosphincterotomy. In case of a deep alteration of a pancreatic head the Whipple procedure may be considered.
Key words: mechanical jaundice, complications, postbulbar ulcers, duodenum, surgical treatment

Тарасенко Сергей Васильевич – заведующий кафедрой госпитальной хирургии, д.м.н., профессор ГОУ ВПО Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова Росздрава; root@ryazgmu.ryazan.ru

Зайцев Олег Владимирович – доцент кафедры госпитальной хирургии, к.м.н. ГОУ ВПО Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова Росздрава; root@ryazgmu.ryazan.ru