

© Коллектив авторов, 2011  
УДК 616.342-002.44-089

О.В. Зайцев, С.В. Тарасенко, О.Д. Песков, Е.М. Брянцев, А.А. Натальский

## ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ЮКСТАПАПИЛЛЯРНЫХ ЯЗВАХ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Кафедра госпитальной хирургии (зав. — проф. С.В. Тарасенко) ГОУ ВПО «Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова»

**Ключевые слова:** постбульбарная язва, большой дуоденальный сосочек, механическая желтуха, резекция желудка.

**Введение.** К настоящему времени накоплен значительный опыт хирургического лечения язвенной болезни при различных локализациях язв [2, 29]. Тем не менее, вопросы диагностики и лечения осложнений постбульбарных язв двенадцатиперстной кишки (ДПК) остаются предметом широкой научной дискуссии.

Сведения о частоте постбульбарных язв значительно варьируют. Их частота составляет 3,6–11% среди всех язв ДПК [8, 22, 25]. Некоторые авторы считают, что в действительности постбульбарных язв намного больше — до 56%, с учетом того, что язвенные дефекты часто имеют множественную локализацию [24].

Специфическим осложнением пенетрирующих постбульбарных язв является вовлечение в периульцерозный процесс желчевыводящих путей, частота которого может достигать 50% и даже 100%. Дополнительным фактором агрессии, усиливающим рубцово-пролиферативные периульцерозные процессы, является воздействие желчи при билиарной гипертензии [6]. Пенетрация в желчный пузырь и ретродуоденальную часть общего желчного протока (ОЖП) может привести к образованию внутренних билиодигестивных свищей [23, 26, 27]. Несмотря на анатомическую близость большого дуоденального сосочка (БДС), дуоденальная язва сравнительно редко осложняется механической желтухой — 0,14–0,6% [11, 25]. Околососочковая локализация язвы встречается в 5,6–20,0% пенетрирующих дуоденальных язв [6, 7]. Интересно, что стенозирование терминального отдела ОЖП развивается чаще всего в период стихания обострения, на фоне адекватной противоязвенной терапии, как результат активного периульцерозного неокколлагеноза [20].

Для уточнения пространственных соотношений между язвенным очагом и элементами желчевыводящей системы ряд авторов рекомендуют

эндоскопическую ретроградную холангиопанкреатографию (ЭРХПГ) [12, 17]. С другой стороны — подчеркивается сложность выполнения этой процедуры, связанная с наличием сопутствующих рубцовой деформации и стеноза ДПК, а также с невозможностью обнаружения и катетеризации дуоденального сосочка в язвенном дефекте [18, 20, 22].

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 [9, 17]. Лимитирующим фактором в этом случае являлась протяженность язвенного стеноза. Возможно проведение временного эндоскопического транспапиллярного стентирования желчевыводящих путей до купирования явлений периульцерозного воспаления [11]. Ряд авторов являются сторонниками сложных реконструктивных вмешательств на БДС при юкстапепиллярной язве. Разработаны методики вирсунгопепиллопластики [1, 3], реимплантации БДС в ДПК [7], сегментарные резекции ДПК с реимплантацией желчного и панкреатического протоков [16]. В качестве альтернативного вмешательства при осложненных околососочковых язвах можно рассматривать панкреатодуоденальную резекцию, об успешном выполнении которой в этой ситуации имеется несколько сообщений [15, 19, 28].

При внепепиллярных язвенных стриктурах желчевыводящих путей ваготомия предлагается дополнять различными вариантами наружного дренирования ОЖП [21, 23], сегментарной резекцией ОЖП с формированием сложных билиодигестивных анастомозов [13] или холедоходуоденопластикой [1].

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

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

**Материал и методы.** С 1997 по 2009 г. в клинике госпитальной хирургии оперированы 89 пациентов по поводу осложненных постбульбарных язв. Средний возраст больных составил  $(44,23 \pm 13,19)$  года. Постбульбарными считали язвы, локализующиеся в области бульбодуоденального сфинктера и ниже. Во время операции исследовали макроскопическое состояние постбульбарных отделов ДПК: 1) определение рубцово-язвенной деформации и ее распространенности; 2) глубину пенетрации язвы, степень вовлечения в рубцово-язвенный процесс окружающих структур, в том числе желчевыводящих путей; 3) оценку состояния БДС и малого дуоденального сосочка, их отношение к язвенному дефекту.

Все пациенты с постбульбарной локализацией язвы были разделены на две группы в зависимости от отношения язвенного дефекта к БДС: пациенты с экстрапиллярными и юкстапиллярными язвами. Юкстапиллярная локализация язвы отмечалась у 27 пациентов, которая в 11 случаях была осложнена пенетрацией и стенозом БДС с развитием механической желтухи. В 60 случаях имела место экстрапиллярная локализация язвы, из них в 14 наблюдениях язва пенетрировала в супрадуоденальную, ретродуоденальную или панкреатическую часть ОЖП. Большинство больных оперированы в экстренном порядке ввиду осложненного течения язвенной болезни (табл. 1).

Таблица 1

### Структура осложнений постбульбарной язвы

| Вид осложнения                       | Число пациентов |
|--------------------------------------|-----------------|
| Пенетрация                           | 24              |
| Пенетрация+стеноз                    | 20              |
| Пенетрация+кровоотечение             | 24              |
| Пенетрация+желтуха                   | 13              |
| Перфорация                           | 4               |
| Перфорация+кровоотечение             | 1               |
| Холедоходуоденальный свищ            | 2               |
| Холедоходуоденальный свищ+перфорация | 1               |

**Результаты и обсуждение.** Важным фактором, определяющим выбор методики оперативного вмешательства, считаем степень вовлеченности в периульцерозный процесс БДС 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 — экстрапиллярные постбульбарные язвы, локализующиеся ниже бульбодуоденаль-

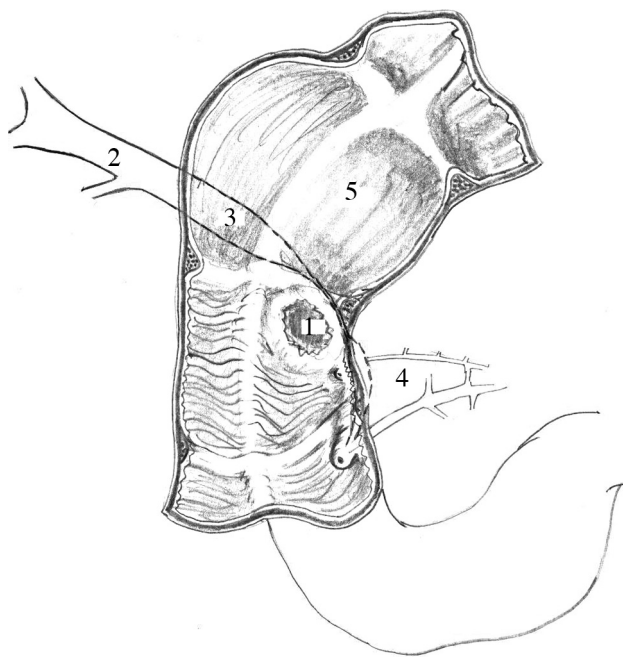


Рис. 1. Экстрапиллярная постбульбарная язва с вовлечением в рубцово-воспалительный процесс желчевыводящих путей (тип 1б).

Здесь и на рис. 2, 3: 1 — язвенный дефект; 2 — супрадуоденальная часть общего желчного протока (ОЖП); 3 — ретродуоденальная часть ОЖП; 4 — головка поджелудочной железы; 5 — луковица двенадцатиперстной кишки.

ного сфинктера, не доходящие до дуоденального сосочка 1 см;

тип 1а — без вовлечения в рубцово-воспалительный процесс желчевыводящих путей;

тип 1б — имеется пенетрация в задневерхнем направлении с вовлечением в рубцово-воспалительный процесс желчевыводящих путей: интрапанкреатической или ретробульбарной части ОЖП (рис. 1);

тип 2 — юкстапиллярные постбульбарные язвы. В периульцерозный инфильтративный, язвенный или рубцовый процесс непосредственно вовлечены структуры БДС;

тип 2а — поверхностные юкстапиллярные язвы. Рубцово-язвенное поражение дуоденального сосочка носит поверхностный характер, не распространяется за пределы капсулы поджелудочной железы, в рубцово-воспалительный процесс вовлечены интрамуральная часть ОЖП и устье протока поджелудочной железы (рис. 2);

тип 2б — глубокие юкстапиллярные язвы. Глубокая пенетрация язвы в головку поджелудочной железы, полное разрушение БДС, тяжелые рубцово-воспалительные изменения в головке поджелудочной железы, поражение интрапанкреатической части ОЖП, повреждение протока поджелудочной железы на протяжении (рис. 3).

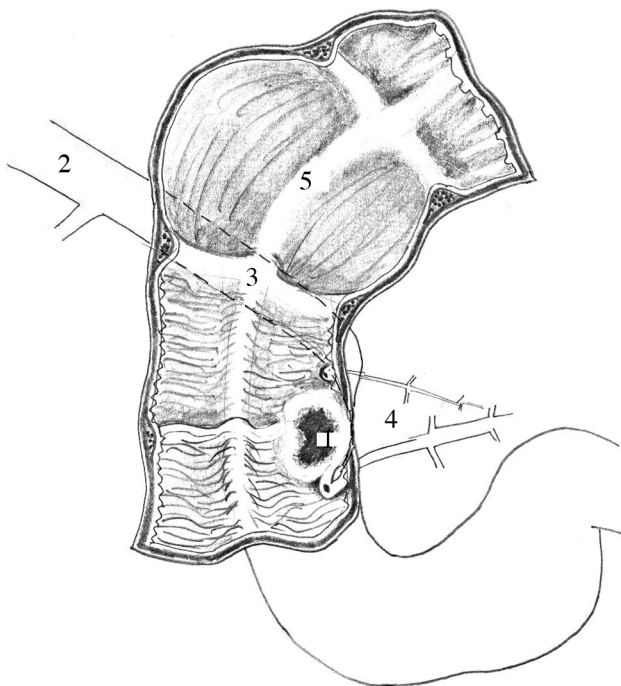


Рис. 2. Поверхностная постбульбарная юкстапепиллярная язва (тип 2а).

Характер выполненных оперативных вмешательств отражен в табл. 2.

При экстрапепиллярных постбульбарных язвах без поражения желчевыводящих путей

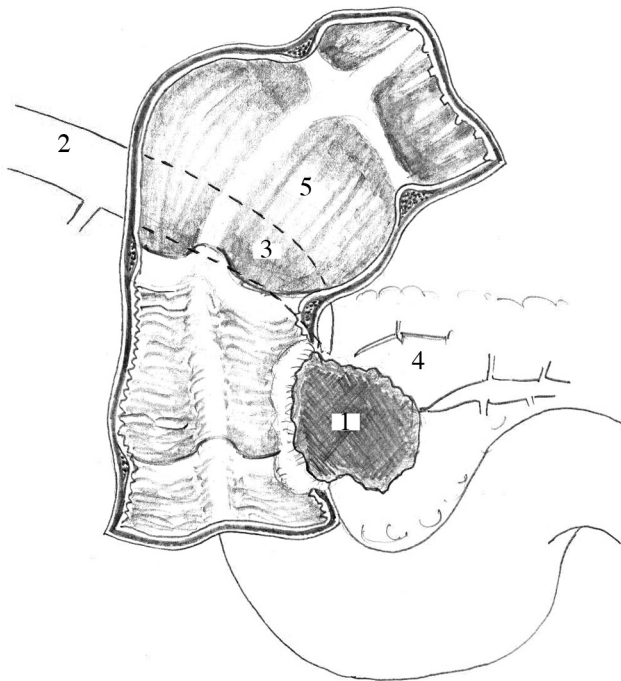


Рис. 3. Глубокая постбульбарная юкстапепиллярная язва (тип 2б).

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

Резекция желудка по Б-I выполнена у 31 больного с постбульбарными экстрапепиллярными язвами, ни в одном случае не наблюдали явлений несостоятельности гастродуоденоанастомоза.

У 14 пациентов постбульбарная внепепиллярная язва пенетрировала в ОЖП (тип 1б). Транзиторная гипербилирубинемия в 4 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.

Холедоходуоденальный свищ был представлен в 3 случаях. В 1 из них, во время экстренной операции по поводу прободной язвы, обнаружена гигантская язва ДПК с перфорацией по ее большой кривизне. К зоне прободения непосредственно прилежала латеральная поверхность печечно-двенадцатиперстной связки со следами пенетрации язвы, в центре которой открывался свищ супрадуоденального отдела ОЖП.

Объем операции у больных с язвой типа 1б зависел от степени нарушения пассажа желчи. При отсутствии рубцовой стриктуры, сопровождающейся супрастенотическим расширением ОЖП, хирургическое пособие может быть ограничено резекцией желудка по Б-I без вмешательства на желчевыводящих путях, что было выполнено в 9 случаях. Считаем допустимым оставление части рубцово-измененного дна постбульбарной язвы,

Таблица 2

**Оперативные вмешательства при постбульбарных язвах различной локализации**

| Тип язвы | Число больных | Название операции (число больных)                                                                                                                                                                                                 |
|----------|---------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1а       | 46            | Резекция желудка по Б-I (n=31)<br>Ушивание прободной язвы (n=9)<br>Ушивание кровоточащей язвы (n=1)<br>Резекция желудка по Б-II (n=5)                                                                                             |
| 1б       | 14            | Резекция желудка+наружное дренирование ОЖП (n=2)*<br>Ушивание прободной язвы+наружное дренирование ОЖП (n=1)*<br>Резекция желудка по Б-I (n=7)<br>Резекция желудка по Б-II (n=2)<br>Резекция желудка+холедохоеюноанастомоз (n=2)* |
| 2а       | 24            | Резекция желудка+папиллохоледоховирсунгопластика (n=4)*<br>Резекция желудка по Б-I (n=9)<br>Резекция желудка по Б-II (n=8)<br>Резекция желудка+холедохоеюноанастомоз (n=1)*<br>Эндоскопическая папиллосфинктеротомия (n=2)*       |
| 2б       | 3             | Панкреатодуоденальная резекция (n=2)*<br>Прошивание кровоточащей язвы (n=1)                                                                                                                                                       |

\* Операции, выполненные по поводу постбульбарных язв с признаками нарушения проходимости желчевыводящих путей.

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 ОЖП 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 ОЖП. В этом случае считаем необходимым дополнить резекцию желудка наложением холедохоеюноанастомоза на петле Ру. На наш взгляд, холедохоеюноанастомоз имеет важное преимущество перед холедоходуоденоанастомозом: позволяет предотвратить развитие щелочного рефлюкс-гастрита при наложении низкого гастродуоденоанастомоза.

В 2 наблюдениях сужение 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 ОЖП. В обоих случаях вмешательство на желчевыводящих путях было ограничено временным наружным дренированием ОЖП 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 БДС. Несмотря на очевидное вовлечение в язвенный процесс терминального отдела ОЖП, механическую желтуху удалось выявить лишь в 9 (33,3%) наблюдениях.

При отсутствии явлений стеноза терминального отдела ОЖП выполняли резекцию желудка по Б-I или Б-II, вмешательство на БДС не считали целесообразным. Из 17 пациентов отдаленные результаты удалось проследить у 9. У всех 9 пациентов при контрольной фиброгастродуоденоскопии в сроки от 1 до 6 лет после операции отмечалось полное заживление язвенного дефекта.

У 9 пациентов юкстапапиллярная язва осложнилась механической желтухой. В ряде случаев желтуха носила транзиторный характер, противоязвенная и противовоспалительная терапия приводила к нормализации сывороточного билирубина. В 3 наблюдениях механическая желтуха потребовала срочного хирургического вмешательства.

Из группы больных с юкстапапиллярными язвами 4 пациентам резекция желудка была дополнена папилловирсунгохоледохопластикой с реимплантацией БДС в стенку ДПК. В ходе оперативного вмешательства выполнялось дренированием просветов ОЖП и протока подже-

лудочной железы микродренажами. Результаты хирургического лечения у этих пациентов считаем неудовлетворительными в связи с развитием тяжелых ранних осложнений: в 1 случае — панкреонекроз с последующей несостоятельностью гастродуоденоанастомоза, в двух других — наружные панкреатический и желчный свищи.

Альтернативой папилловирсунгохоледохопластике может являться эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография с папиллосфинктеротомией. Попытка выполнить это исследование была предпринята в 4 случаях. В 2 наблюдениях эндоскопическая папиллосфинктеротомия позволила полностью ликвидировать ulcerогенный стеноз терминального отдела ОЖП. Поскольку нарушение пассажа желчи было единственным осложнением юктапапиллярной язвы, от радикального оперативного вмешательства решено было воздержаться. Оба пациента получали курсы противоязвенной терапии, рецидивов механической желтухи не отмечалось.

У 1 пациента эндоскопическое вмешательство на сосочке оказалось невозможным вследствие протяженного тубулярного стеноза ДПК. В другом случае при ЭРХПГ выявлена протяженная ulcerогенная стриктура терминального отдела ОЖП, 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 юктапапиллярной язвы, сопровождающаяся полным разрушением БДС (тип 2б). Головка поджелудочной железы была представлена глубоким язвенным кратером. Окружающая язву паренхима поджелудочной железы была замещена плотной рубцовой тканью, что привело к стенозированию интрапанкреатической части ОЖП и головчатой части протока поджелудочной железы. 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 дефекта 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.** 1. Выбор объема операции при осложненной постбульбарной язве зависит от топологических взаимоотношений язвенного дефекта и БДС. Предложенная классификация постбульбарных язв позволяет систематизировать выбор операции, корригирующей патологические изменения в дуоденальном сосочке и желчевыводящих путях.

2. При экстрапапиллярных язвах без вовлечения в рубцово-язвенный процесс желчевыводящих путей отличные ранние результаты показала резекция желудка по Б-I с выполнением гастродуоденоанастомоза односторонним швом.

3. Эндоскопическая папиллосфинктеротомия является эффективным способом устранения механической желтухи, осложнившейся юктапапиллярную язву, при условии отсутствия грубых патоморфологических изменений в БДС.

При глубокопенетрирующих юктапапиллярных язвах, сопровождающихся тяжелыми рубцово-воспалительными изменениями в головке поджелудочной железы и разрушением БДС, возможно выполнение панкреатодуоденальной резекции.

#### БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Балаян А.С. Радикальная дуоденопластика при осложненных постбульбарных ранее ушитых перфоративных дуоденальных язвах: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Краснодар, 2008. — 29 с.
2. Курбонов К.М., Гудов М.К., Норов Х.М. Хирургическое лечение постбульбарных язв двенадцатиперстной кишки // *Анналы хир.* — 2004. — № 3. — С. 42–46.
3. Оноприев В.И., Мануйлов А.М., Уваров И.Б. Способ хирургического лечения околососочковых дуоденальных язв. — Патент РФ № 94039972/14. — 1998.
4. Сахаров В.В. Выбор способа операции при «трудных» язвах двенадцатиперстной кишки: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Томск, 2003. — 27 с.
5. Фесенко В.П., Бабалич А.К., Безруков О.Ф. Язва двенадцатиперстной кишки, осложненная механической желтухой // *Клин. хир.* — 1983. — № 10. — С. 39–40.
6. Хмельницкий С.И. Особенности патоморфогенеза повреждений в структурах и элементах соединительной ткани параульцерозного поля дуоденальной язвы, пенетрирующей в желчные протоки. — Кировоград: Полиум, 2009. — 96 с.
7. 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. — С. 34–35.
8. Carucci L.R., Levine M.S., Rubesin S.E., Laufer I. Upper gastrointestinal tract barium examination of postbulbar duodenal ulcers // *Am. J. Roentgen.* — 2004. — Vol. 182. — P. 927–930.
9. Chung J.Y., Cho J.S., Park Y.N. et al. Obstructive jaundice and acute cholangitis due to papillary stenosis // *Yonsei Med. J.* — 1999. — Vol. 40, № 2. — P. 191–194.
10. Chung R., DenBesten L. Duodenojejunostomy in gastric operations for postbulbar duodenal ulcer // *Arch. Surg.* — 1976. — Vol. 111, № 9. — P. 955–957.
11. Hansen E.F., Jensen H.Q. Postbulbar duodenal ulcer. A rare cause of icterus // *Ugeskr. Laeger.* — 1996. — Vol. 158, № 27. — P. 3947–3948.

12. Hickinbotham P. Obstructive jaundice with duodenal ulcer // *Brit. J. Surg.*—2005.—Vol. 50, № 221.—P. 341.
13. 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.—Vol. 10, № 14.—P. 2153–2155.
14. Kaminishi M., Shimazu R., Kuramoto S. et al. A clinicopathological study of post-bulbar duodenal ulcer — analysis of 6 cases and comparison to usual chronic duodenal ulcer // *Jpn. J. Surg.*—1987.—Vol. 17, № 2.—P. 140–145.
15. Kato H., Tanabe T. Congenital arteriovenous malformation of the pancreas with jaundice and a duodenal ulcer // *Surgery Today.*—1993.—Vol. 23, № 12.—P. 1108–1112.
16. Konno Y., Kameyama J., Sasaki I. et al. Surgical management of post bulbar duodenal ulcer // *Jpn. J. Gastroenterol. Surg.*—1983.—Vol. 16.—P. 1324–1327.
17. Kulkarni V. Papillary deformities associated with chronic duodenal ulcer disease // *J. Gastr. Hep.*—2008.—Vol. 23.—P. 29–34.
18. Laajam M., Zargar S., Al-Teimi I. Choledochoduodenal fistula: a vanishing complication of peptic ulcer revisited // *Annals of Saudi Medicine.*—1994.—Vol. 14, № 3.—P. 62–64.
19. Maekawa T., Yabuki K., Haba T. et al. Case of postbulbar duodenal ulcer with jaundice // *Digestive Endoscopy.*—2007.—Vol. 10, № 1.—P. 46–50.
20. 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.—Vol. 25.—P. 146–150.
21. Milkov G. Duodenal ulcer perforation into the d.choledochus and papilla duodeni // *Khirurgiia (Sofia).*—1979.—Vol. 32, № 4.—P. 309–311.
22. Morales T.G., Jaffe P.E., Fennerty M.B., Sampliner R.E. Yield of routine endoscopy beyond the duodenal bulb // *J. Clin. Gastroenterol.*—1997.—Vol. 24.—P. 147–149.
23. Parekh D., Segal I., Ramelho R.M. Choledochoduodenal fistula from penetrating duodenal ulcer // *S. Afr. Med. J.*—1992.—Vol. 81.—P. 478–479.
24. Rao S.S., Murthy K.V. Post-bulbar and coexisting ulceration: unique features of peptic ulcer in Hyderabad // *Gut.*—1993.—Vol. 34.—P. 1327–1330.
25. Ritchie J.D. Postbulbar duodenal ulcer // *Aust. N. Z. J. Surg.*—1976.—Vol. 46, № 2.—P. 116–120.
26. Sarr M.G., Shepard A.J., Zudema G.D. Choledochoduodenal fistula: an unusual complication of duodenal ulcer disease // *Am. J. Surg.*—1981.—Vol. 141.—P. 736–740.
27. Yamane T., Uchiyama K., Ishii T. et al. Two cases of refractory post-bulbar duodenal ulcer // *Intern. Med.*—2007.—Vol. 46, № 17.—P. 1413–1417.
28. 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.—Vol. 15, № 5.—P. 348–354.
29. 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.—Vol. 3.—P. 84–96.

Поступила в редакцию 16.02.2010 г.

O.V.Zajtsev, S.V.Tarasenko, O.D.Peskov, E.M.Bryantsev,  
A.A.Natalsky

## **SURGICAL STRATEGY FOR JUXTAPAPILLARY ULCERS OF THE DUODENUM**

Results of surgical treatment of 89 patients with ulcer of the duodenum with postbulbar localization were studied. A classification of postbulbar ulcers was proposed taking into consideration the degree of involvement of bile-excreting pathways and major duodenal papilla into the periulcerous process. In extrapapillary ulcers without involvement of bile-excreting pathways in the cicatricial-ulcerous process resection of the stomach after Bilroth I is recommended with performing gastroduodenal anastomosis with a single layer suture. Resection of the stomach supplemented with biliodigestive anastomosis is recommended in cases with suprapapillary ulcers with the involvement of choledochus. Mechanical jaundice complicated by juxtapapillary ulcer can be cut off by endoscopic papillosphincterotomy. Fulfillment of pancreatoduodenal resection is possible in cases of deep injury of the pancreatic head.