

УДК 616.342-002.44-089.168-06

*Е.Н. Шенетько, А.Е. Шенетько***РАННИЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ОСЛОЖНЕННЫХ ПОСТБУЛЬБАРНЫХ И ЮКСТАПАПИЛЛЯРНЫХ ЯЗВ***Национальный медицинский университет им. А.А.Богомольца, Киев*

Аналізу підвергнуті ранні післяопераційні ускладнення (РПУ) у 270 хворих, оперированих по поводу ускладнених постбульбарних (ПБЯ) і юкстапапілярних язв (ЮПЯ). Предложена модифікована класифікація ускладнених юкстапапілярних язв. Всього РПУ виникли у 26 із 220 оперированих (11,8%) по поводу ускладнених ПБЯ, 13% РПУ (15 пацієнтів з 115) в I періоді спостереження (1983-1992 гг.) і 10,5% (11 хворих із 105) – в II періоді (1993-2008 гг.). При ускладнених ЮПЯ РПУ виникли за весь період спостереження у 21 із 50 хворих (42%), причому у 66,6% пацієнтів з ЮПВ РПУ виникли в I періоді і у 16 із 41 пацієнта (39%), оперированих в II періоді. Частота виникнення РПУ при ускладнених ЮПЯ в 3,6 рази (або на 30,2%) вище, ніж після операцій по поводу ускладнених ПБЯ ($\chi^2=23,803$, $p<0,0001$). Острій післяопераційний панкреатит (ОПП) в 14 разів частіше виникав після операцій по поводу ЮПЯ (11 із 50, або 22%) по порівнянню з ПБЯ (3 із 220, або 1,6%) ($\chi^2=30,394$, $p<0,0001$). Зниження частоти виникнення РПУ при ускладнених ПБЯ і ЮПЯ обумовлено застосуванням раціональної тактики хірургічного лікування з застосуванням нових методів оперативних втручань з реімплантацією великого дуоденального сосочка при ЮПЯ і методик післяопераційного ведення хворих.

Ключові слова: хірургічне лікування, післяопераційні ускладнення, постбульбарна язва, юкстапапілярна язва.

Проблема лікування язвенної хвороби шлунка і дванадцятипалої кишки була і залишається однією з найважливіших в абдомінальній хірургії. На сьогодні навіть весь арсенал хірургічних методів лікування язвенної хвороби дванадцятипалої кишки технологічно не гарантує зупинки кровотечі і порятунку життя пацієнта, особливо при низько розташованих залуковичних дуоденальних язвах [1-4, 20]. Ще більш складна ситуація виникає при виявленні околосоочкової локалізації язви, коли необхідний комплексний підхід до лікування, як консервативному, так і оперативному [6]. Постбульбарні язви (ПБЯ) складають за даними різних авторів від 3,6% до 12% всіх дуоденальних язв [6, 7, 17-19]. Юкстапапілярні (або околосоочкові) (ЮПЯ) язви зустрічаються ще рідше і складають близько 3-5% всіх дуоденальних язв [6, 8-10, 19] і близько 10,8% всіх постбульбарних язв [5].

Хірургічне лікування ускладнених околосоочкових язв в наше час залишається складною і до кінця не вирішеною проблемою. Близькість або безпосереднє участь великого дуоденального сосочка (БДС) в язвенному процесі, рідкість локалізації язви слугує причиною значительних технічних

трудностей при виконанні оперативних втручань [11-13].

Хірургічні втручання при ускладнених постбульбарних і околосоочкових язвах супроводжується досить важким кількістю різноманітних післяопераційних ускладнень, таких, наприклад, як післяопераційний панкреонекроз, виникаючий у 8,4% пацієнтів, а післяопераційна летальність при ускладнених ЮПЯ досягає 28% [1, 9, 14-17, 19, 21]. Тому, способи оперативних втручань при ускладнених ЮПЯ, направлені на зниження післяопераційних ускладнень і летальності, потребують в подальшому удосконаленні.

Матеріал і методи

Аналізу підвергнуті ранні післяопераційні ускладнення (РПУ) у 270 хворих, оперированих по поводу ускладнених постбульбарних (ПБЯ) і юкстапапілярних язв (ЮПЯ).

1 група – хворі з ускладненою залуковичною (постбульбарною) язвою (ПБЯ). Залуковичною (постбульбарною) язвою вважалась язва, розташована на відстані не менше 3 см від пілорического жома. Група складала 220 хворих з ускладненими язвами.

2 група – хворі з юкстапапілярною

локализацией язвы. Юкстапапиллярная (околосочковая) язва (ЮПЯ) – язва, находящаяся в непосредственной близости от БДС или вовлекающая его в язвенный процесс. Вторая группа составила 50 ЮПЯ, осложненных кровотечением, перфорацией, пенетрацией, стенозом или их сочетанием.

Предложена модифицированная классификация осложненных ЮПЯ.

I. Супрапапиллярная язва – язва, расположенная проксимальнее (выше) БДС, так, что между нею и БДС остается мостик слизистой не меньше 0,5 см и не больше 1 см.

II. Парапапиллярная язва – язва, расположенная на уровне БДС справа или слева на расстоянии не меньше 0,5 см.

III. Папиллярная язва – расположенная в зоне БДС с его частичным вовлечением.

IV. Гигантская папиллярная язва со значительной деструкцией БДС, так что визуализируются отдельно устья желчного и панкреатического протока.

V. Инфрапапиллярная язва – расположенная дистальнее (ниже) БДС не меньше, чем на 0,5 см.

VI. Контрпапиллярная язва – расположенная напротив БДС на противоположной стенке ДПК.

Результаты и обсуждение

Всего РПУ возникли в 26 с 220 оперированных (11,8%) по поводу осложненных ПБЯ, 13% РПУ (15 пациентов с 115) в I периоде наблю-

дения (1983-1992 гг.) и 10,5% (11 больных из 105) – в II периоде (1993-2008 гг.). При осложненных ЮПЯ РПУ возникли за весь период наблюдения у 21 из 50 больных (42%), причем в 66,6% пациентов с ЮПВ РПУ возникли в I периоде и у 16 из 41 пациента (39%), оперированных в II периоде. Частота возникновения РПУ при осложненных ЮПЯ в 3,6 раз(или на 30,2%) выше, чем после операций по поводу осложненных ПБЯ ($\chi^2=23,803$, $p<0,0001$) (табл. 1). При развитии РПУ при ЮПЯ наблюдались случаи возникновения 5 и 6 осложнений одновременно (3 больных из 50, или 6%), чего не было выявлено при осложненных ПБВ, где РПУ характеризовались возникновением от 1 до 4 осложнений одновременно (26 из 220, или 11,8%). Острый послеоперационный панкреатит(ОПП) в 14 раз чаще возникал после операций по поводу ЮПЯ (11 из 50, или 22%), по сравнению с ПБЯ (3 из 220, или 1,6%) ($\chi^2=30,394$, $p<0,0001$). Относительная частота возникновения ОПП при ЮПЯ снизилась в 2 раза в II периоде по сравнению с I периодом.

Осложнения, которые развились у наблюдаемых пациентов при ЮПЯ были разнообразными и, прежде всего, связанными со сложностью оперативного вмешательства в области околосочковой язвы. Вследствие манипуляций в зоне поджелудочной железы наиболее весомым осложнением, с точки зрения прогноза течения послеоперационного периода, был послеоперационный панкреатит (8)

Таблица 1.
Частота возникновения ранних послеоперационных осложнений при осложненных ПБЯ и ЮПЯ

| Количество послеоперационных осложнений, которые возникли одновременно | Количество больных с послеоперационными осложнениями, абс. (%) | | | |
|--|--|-----------|------------|-----------|
| | I период | | II период | |
| | ПБЯ, n=115 | ЮПЯ, n=9 | ПБЯ, n=105 | ЮПЯ, n=41 |
| 1 осложнение | 3 | 1 (11,1%) | 6 (5,7%) | 6 (14,6%) |
| 2 осложнения | 6 | 1 (11,1%) | 1 (0,9%) | 6 (14,6%) |
| 3 осложнения | 5 | 1 (11,1%) | 1 (0,9%) | 1 (2,4%) |
| 4 осложнения | 1 | 1 (11,1%) | 3 (0,9%) | 0 |
| 5 осложнений | 0 | 0 | 0 | 2 (4,8%) |
| 6 осложнений | 0 | 1 (11,1%) | 0 | 1 (2,4%) |
| Всего больных с послеоперационными осложнениями | 15 (13%) | 5 (66,6%) | 11 (10,5%) | 16 (39%) |

и панкреонекроз (1), которые в большинстве случаев стали первопричиной дальнейшего развития таких осложнений, как недостаточность культи или анастомоза (5), аррозивное кровотечение при послеоперационном панкреатите и панкреонекрозе (2), перитонит (4), послеоперационный внутрибрюшной абсцесс (4), образование наружного свища (3). Другая группа осложнений, которая чаще развивается на фоне тяжелого желудочно-кишечного кро-

вотечения и геморрагического шока, включала в себя острую сердечно-сосудистую недостаточность, острый респираторный дистресс-синдром (ОРДС) и синдром полиорганной недостаточности (СПОН) (4). Послеоперационная пневмония развилась в 8 случаях, экссудативный плеврит (1), ТЕЛА – в 2 случаях и острая почечная недостаточность – в 2 случаях (табл. 2).

Таблица 2.
Ранние послеоперационные осложнения при осложненных ПБЯ и ЮПЯ (детальная характеристика)

| Раннее послеоперационное осложнение | I период | | II период | |
|---|---------------|--------------------------------|--------------|-------------------------------|
| | ПБЯ n=115 | ЮПЯ N=9 | ПБЯ N=105 | ЮПЯ N=41 |
| Острый послеоперационный панкреатит | 1 (0,9%)* | 4 (44,4%)* $\chi^2=30,17$ | 2 (1,9%)## | 7 (17,1%)### $\chi^2=9,29$ |
| Панкреонекроз | 0 | 1 (11,1%) | 1 (1%) | 0 |
| Несостоятельность культи 12-перстной кишки или анастомоза | 0 | 2 (22,2%)** $\chi^2=13,834$ | 2 (1,9%) | 3 (7,3%) |
| Перитонит | 0 | 2 (22,2%)** $\chi^2=13,834$ | 1 (1%) | 2 (4,9%) |
| Послеоперационное аррозивное кровотечение | 1 (0,9%) | 1 (11,1%) | 1 (1%) | 1 (2,4%) |
| Абсцесс | 2 (1,7%) | 0 | 2 (1,9%) | 4 (9,8%) |
| Анастомозит | 0 | 0 | 0 | 1 (2,4%) |
| Наружный свищ | 0 | 0 | 0### | 3 (7,3%)### $\chi^2=4,612$ |
| Спаечная кишечная непроходимость | 1 (0,9%) | 0 | 0 | 0 |
| Острая сердечно-сосудистая недостаточность и ОРДС | 9 (7,8%) | 0 | 3 (2,9%) | 3 (7,3%) |
| Острый инфаркт миокарда | 1 (0,9%) | 0 | 1 (1%) | 0 |
| Пневмония | 9 (7,8%)*** # | 3(33,3%)*** $\chi^2=3,644$ | 2 (1,9%)@ # | 5 (12,2%)@ $\chi^2=4,784$ |
| Отек легких | 3 (2,6%) | 1 (11,1%) | 1 (1%) | 1 (2,4%) |
| ТЕЛА | 3 (2,6%) | 1 (11,1%) | 1 (1%) | 1 (2,4%) |
| Экссудативный плеврит | 1 (0,9%) | 0 | 2 (1,9%) | 1 (2,4%) |
| Острая почечная недостаточность | 1 (0,9%) | 1 (11,1%) | 0 | 1 (2,4%) |
| СПОН | 0 | 0 | 2 (1,9%) | 1 (2,4%) |
| Послеоперационный гастростаз | 0 | 0 | 1 (1%) | 0 |
| Острый глубокий тромбофлебит нижних конечностей | 0 | 0 | 1 (1%) | 0 |
| Нагноение послеоперационной раны | 1 (0,9%) | 0 | 0 | 1 (2,4%) |

Примечание: * – разность в 43,5% из 95% ДИ [17,6%; 72,4%] статистически достоверная ($p < 0,0001$); ** – разность в 22,2% из 95% ДИ [6%; 54,7%] статистически достоверная ($p = 0,0002$); *** – разность в 25,5% из 95% ДИ [3,3%; 57%] статистически достоверная ($p = 0,05$); # – разность в 5,9% из 95% ДИ [0%; 12,4%] статистически значимая ($\chi^2 = 2,885$ $p = 0,09$); ## – разность в 15,2% из 95% ДИ [5,4%; 29,5%] статистически достоверная ($p = 0,002$); ### – разность в 7,3% из 95% ДИ [1,3%; 19,4%] статистически достоверная ($p = 0,003$); @ – разность в 10,3% из 95% ДИ [1,9%; 23,7%] статистически достоверная ($p = 0,03$)

При сравнимых частотах возникновения определенных послеоперационных осложнений после операций по поводу осложненных ПБЯ и ЮПЯ отличительным является то, что острый послеоперационный панкреатит в 14 раз чаще возникал после операций по поводу ЮПЯ (11 больных из 50, или в 22% случаев), по сравнению с ПБЯ (3 больных из 220, или 1,6%) ($\chi^2=30,394$, $p<0,0001$). Такая тенденция сохраняется как в I, так и во II периоде. Следует отметить, что относительная частота возникновения ОПП при операциях по поводу ЮПЯ снизилась в 2 раза во II периоде по сравнению с I, что обусловлено применением рациональной тактики хирургического лечения и послеоперационного ведения больных.

Возникновение послеоперационной пневмонии характеризовалось статистически доказанной большей частотой встречаемости после операций по поводу осложненных ЮПЯ по сравнению с ПБЯ. Так, за оба периода послеоперационная пневмония возникла у 8 из 50 больных при ЮПЯ (16%), что 3 раза чаще ($\chi^2=5,948$, $p<0,05$) по сравнению с частотой возникновения пневмонии при осложненных ПБЯ (11 из 220 пациентов, или 5%) (табл. 2).

В I периоде несостоятельность культи 12-перстной кишки и связанный с этим перитонит статистически достоверно чаще возникала при операциях по поводу ЮПЯ ($\chi^2=13,834$, $p=0,0002$). Во II периоде частота возникновения несостоятельности культи 12-перстной кишки составила 7,3%, что 3 раза ниже, чем в I периоде. Кроме того, во II периоде отличительным является факт образования наружного свища у 3 больных, оперированных по

поводу осложненных ЮПЯ, с разностью частоты возникновения этого осложнения в популяции ЮПЯ (7,3%) статистически достоверной по сравнению с ПБЯ (0%) ($\chi^2=4,612$, $p<0,01$).

Наблюдение 3 случаев наружных свищей при анализе результатов хирургического лечения в II периоде распределяется таким образом: в одном случае был билиарный свищ, как следствие первичной операции, а в дальнейшем была выполненная релапаротомия с реимплантацией БДС и выполнением транспиллярного наружного управляемого дренирования холедоха, что позволило ликвидировать это осложнение. Во втором случае образовался наружный дуоденальный свищ после операции трунккулярной ваготомии с пилоропластикой и скрытым транспиллярным дренированием холедоха. Последующее консервативное лечение на протяжении 1,5 месяцев привело к закрытию свища. В третьем случае образовался панкреатический свищ у больного преклонного возраста (70 лет), оперированного по поводу пенетрации, стеноза и кровотечения из гигантской ЮПЯ, которая нуждалась в применении метода реимплантации БДС с транспиллярным дренированием холедоха и дополнительным дренированием холедоха по Пиковскому. Панкреатический свищ удалось ликвидировать на госпитальном этапе на протяжении 2,5 недель.

Послеоперационные осложнения в виде поддиафрагмального или подпеченочного абсцесса возникли у 8 пациентов, из которых 2 оперированы по поводу осложненной ПБЯ в I периоде (1,7%) и 2 (1,9%) – во II перио-

Реимплантация БДС при релапаротомии по поводу осложненных ПБЯ и ЮПЯ

Таблица 3.

| Вид первой операции | Осложнение | Вид реимплантации при релапаротомии | Результат |
|---------------------|---|--|---|
| РЖ по Б2 (I период) | Послеоперационный деструктивный панкреатит, перитонит | Реимплантация БДС в тощую кишку с браунновским соустьем, трансюанальное транспиллярное дренирование холедоха, холецистостомия. | Двусторонняя пневмония, отек легких, ОПН, летальный исход |
| ТВ + ПП по Финнею | Подпеченочный абсцесс, наружный желчный свищ, гангренозный холецистит | Папилосфинктеротомия, реимплантация БДС в 12-перстную кишку, трансдуоденальное наружное управляемое дренирование холедоха | Выздоровление |
| РЖ по Б2 | Послеоперационный панкреатит, панкреонекроз, несостоятельность швов анастомоза, перитонит | Реимплантация культи 12-перстной кишки вместе с БДС в тощую кишку по Ру, панкреатодуоденоюноанастомоз, транспиллярное трансюанальное дренирование холедоха | Выздоровление |

де. После операций по поводу осложненных ЮПЯ абсцессов в брюшной полости в I периоде не возникло, а во II периоде обнаружено 4 послеоперационных абсцесса (9,8%). Развитие гнойно-воспалительных осложнений во II периоде шло по пути отграничения воспалительного процесса под влиянием интенсивной терапии с образованием абсцессов, которые подвергались санации при повторных оперативных вмешательствах. В одном случае наряду с санацией абсцесса выполнена была реимплантация БДС в двенадцатиперстную кишку с трансдуоденальным транспапиллярным наружным управляемым дренированием холедоха.

По поводу послеоперационных осложнений было выполнено 9 релапаротомий (2 в I периоде и 7 – во II). Шесть релапаротомий было выполнено с целью ликвидации послеоперационных осложнений без реимплантации БДС (табл. 3). Отдельно следует отметить случаи выполнения реимплантации БДС при релапаротомии (3 случая), когда при первичной

операции возникали осложнения, требовавшие выполнения повторного оперативного вмешательства с выявлением значительной деструкции тканей в зоне первичного оперативного вмешательства и обнаружением БДС вне просвета двенадцатиперстной кишки или ее культи.

Послеоперационная летальность при осложненных ПБЯ и ЮПЯ.

Анализируя показатели послеоперационной летальности при осложненных залуковичных язвах по периодам следует отметить, что в I периоде летальность составила 10,4%, а во 2 – 7,6%. Изменилась структура летальности – сравнивая результаты I и II периода можно отметить значительное снижение летальности после выполнения ваготомии с пилоропластикой с 7 случаев в I периоде до 0 – во втором, или на 6,1% с 95% ДИ от 1,4% до 12% ($\chi^2=4,73$, $p<0,05$). За весь период наблюдения послеоперационная летальность при осложненных ПБЯ составила 9,1%, а при ЮПЯ – 18% (см. рис.).

Таблица 4.

Структура причин летальных исходов при ПБЯ

| Главная причина послеоперационной летальности | I период | II период | Всего |
|---|----------|-----------|---------|
| Сердечно-легочная недостаточность | 4 | 2 | 6 (30%) |
| Острая почечная недостаточность | 1 | – | 1 (5%) |
| Пневмония | 1 | – | 1 (5%) |
| Сердечно-легочная недостаточность и отек легких | 2 | 3 | 5 (25%) |
| ТЕЛА | 3 | 1 | 4 (20%) |
| Инфаркт миокарда | 3 | 1 | 4 (20%) |
| Послеоперационный панкреатит | – | 1 | 1 (5%) |

Таблица 5.

Структура причин летальных исходов при ЮПЯ

| Главная причина послеоперационной летальности | I период | II период | Всего |
|---|----------|-----------|-----------|
| Недостаточность культи 12-перстной кишки | 1 | – | 1 (11,1%) |
| Послеоперационный панкреатит, перитонит | 2 | – | 2 (22,2%) |
| Недостаточность швов анастомоза | – | 3 | 3 (33,3%) |
| Сердечно-легочная недостаточность и отек легких | – | 2 | 2 (22,2%) |
| ТЕЛА | – | 1 | 1 (11,1%) |

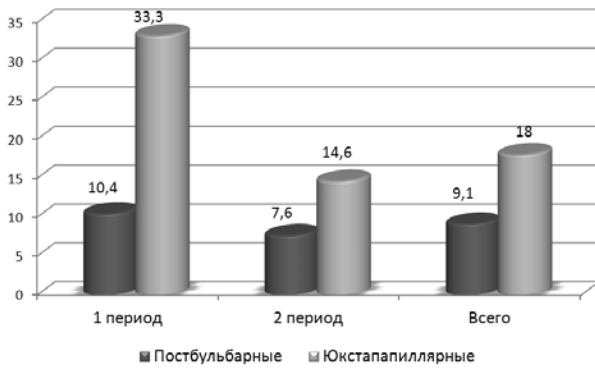


Рис. Послеоперационная летальность при ПБЯ и ЮПЯ (%)

В I периоде при осложненных ПБЯ после операции умерло 12 больных из 105 (10,4%). Причинами летальных исходов были: сердечно-легочная недостаточность – 4, острая почечная недостаточность – 1, сердечно-легочная недостаточность и отек легких – 2 больных, двусторонняя пневмония – 1, ТЕЛА – 3, инфаркт миокарда – 1, послеоперационный панкреатит и острая сердечно-легочная недостаточность – 1 (табл. 4).

Во II периоде при осложненных ПБЯ послеоперационная летальность составила 7,6%, умерло 8 больных из 115 прооперированных. Причинами были следующие: острая сердечно-сосудистая недостаточность и отек легких – 3, острая сердечно-легочная недостаточность – 2, инфаркт миокарда – 1, ТЕЛА – 1 (табл. 4).

При осложненных ПБЯ в I периоде при преобладающем использовании резекционных методов оперативных вмешательств летальность составила 33,3% – в этой группе после резекции желудка умерло 3 из 9 пациентов. Двое больных погибли от послеоперационного панкреатита, перитонита и недостаточности швов анастомоза, а один – от перитонита на почве вторичной недостаточности культи двенадцатиперстной кишки, связанной с развившимся послеоперационным панкреонекрозом, аррозивным кровотечением из ложа *pancreas*, двусторонней пневмонией. Во II периоде после внедрения разработанных методик оперативных вмешательств при осложненных ПБЯ, а также благодаря адекватным методам дренирования, послеоперационную летальность удалось снизить до 14,6%, т.е. в 2,3 раза. Умерло 6 больных – трое от послеоперационного панкреатита и пери-

тонита, у двух из которых развилась недостаточность швов анастомоза, а один из больных с послеоперационным панкреатитом умер от ТЕЛА, острой сердечной недостаточности, которая завершилась развитием ОРДС. Еще двое больных погибли на фоне двусторонней пневмонии, ОРДС и острой сердечной недостаточности и 1 – от послеоперационных гнойно-септических осложнений на фоне недостаточности швов анастомоза и двусторонней пневмонии (табл. 5).

Вывод

Снижение частоты возникновения РПУ при осложненных ПБЯ и ЮПЯ обусловлено применением рациональной тактики хирургического лечения с использованием новых методов оперативных вмешательств с реимплантацией БДС при ЮПЯ и методик послеоперационного ведения больных.

РАННІ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНІ УСКЛАДНЕННЯ В ХІРУРГІЧНОМУ ЛІКУВАННІ УСКЛАДНЕНИХ ПОСТБУЛЬБАРНИХ І ЮКСТАПАПІЛЯРНИХ ВИРАЗОК

Є.М. Шепетько, О.Є. Шепетько

Аналізу піддані ранні післяопераційні ускладнення (РПУ) у 270 хворих, оперованих із приводу ускладнених постбульбарних (ПБВ) і юкстапапілярних виразок (ЮПЯ). Запропоновано модифіковану класифікацію ускладнених юкстапапілярних виразок. Усього РПУ виникли у 26 з 220 оперованих (11,8%) із приводу ускладнених ПБВ, 13% РПУ (15 пацієнтів з 115) в I періоді спостереження (1983-1992 рр.) і 10,5% (11 хворих з 105) – в II періоді (1993-2008 рр.). При ускладнених ЮПВ РПУ виникли за весь період спостереження в 21 з 50 хворих (42%), причому в 66,6% пацієнтів з ЮПВ РПУ виникли в I періоді й у 16 з 41 пацієнта (39%), оперованих в II періоді. Частота виникнення РПУ при ускладнених ЮПВ в 3,6 разів (або на 30,2%) вище, ніж після операцій з приводу ускладнених ПБВ ($\chi^2=23,803$, $p<0,0001$). Гострий післяопераційний панкреатит (ГПП) в 14 разів частіше виникав після операцій з приводу ЮПВ (11 з 50, або 22%), порівняно із ПБВ (3 з 220, або 1,6%) ($\chi^2=30,394$, $p<0,0001$). Зниження частоти виникнення РПУ при ускладнених ПБВ і ЮПВ обумовлено застосуванням раціональної тактики хірургічного лікування із застосуванням нових методів оперативних втручань із реімплантацією великого дуоденального сосочка при ЮПВ та методик післяопераційного ведення хворих.

Ключові слова: хірургічне лікування, післяопераційні ускладнення, постбульбарна втрязка, юкстапапілярна виразка.

EARLY POSTOPERATIVE COMPLICATIONS IN SURGICAL TREATMENT COMPLICATED POSTBULBARY AND JXTAPAPILLARY ULCERS

E.N. Shepetko, A.E. Shepetko

To the analysis поддані early postoperative complications (EPC) in 270 patients operated concerning complicated postbulbary (PBU) and uxtapapillary ulcers (JPU). In total EPC have arisen in 26 with 220 operated (11,8%) concerning complicated PBU, 13% EPC (15 patients with 115) in I of the observation period (1983-1992). And 10,5% (11 patients with 105) – in II the period (1993-2008). At complicated JPU EPC have arisen for all period of observation in 21 with 50 sick (42%), and in 66,6% of patients from JPU EPC have arisen in I the period and in 16 from 41 patients (39%), operated in II the period. Frequency of occurrence EPC at complicated JPU in 3,6 times (or on 30,2%) the higher, than after operations on a drive complicated JPU ($\chi^2=23,803$, $p < 0,0001$). The acute postoperative pancreatitis (EPP) in 14 times arose after operations on drive JPU (11 of 50, or 22%), compared with PBU (3 of 220, or 1,6%) ($\chi^2=30,394$, $p < 0,0001$) is more often. Depression of frequency of occurrence PPU at complicated PBU and ЮПВ is caused by application of rational tactics of surgical treatment, application of new methods of operative measures from реімплантації є у the big duodenal papilla at JPU and techniques of postoperative conducting patients.

Key words: surgical treatment, postoperative complications, postbulbary ulcer, uxtapapillary ulcer.

ЛИТЕРАТУРА

1. Велигоцкий Н.Н. Хирургия осложненных дуоденальных язв и дуоденопластика. / Н.Н. Велигоцкий. – Харьков: «Агос», 2009. – 88 с.
2. Ганжий В.В. Органосохраняющие подходы в хирургическом лечении «трудных» язв, осложненных острым кровотечением / В.В. Ганжий, В.В. Тропешко // Харківська хірургічна школа. – 2009. – № 4.1 (36). – С. 178-180.
3. Особенности оперативного лечения постбульбарных язв двенадцатиперстной кишки / А.И. Горбашко, О.Х. Батчаев, А.Н. Напалков и др. // Вестник хирургии. – 1987. – Т. 138, № 6. – С. 15-21.
4. Оноприев В.И. Позиция хирурга в лечении осложненных дуоденальных язв и новые технологии / В.И. Оноприев // Росс. журн. гастроэнтер., гепатологии, колопроктологии. – 1998. – № 6. – С. 27-34.
5. Каніковський О.Є. Хірургічна тактика при ускладнених низьких виразках дванадцятипалої кишки / О.Є. Каніковський, Т.А. Кадошук, І.В. Павлик // Український Журнал Хірургії. – 2008. – №2. – С. 48-52.
6. Лобжанидзе Г.В. Клиника и хирургическое лечение постбульбарных язв двенадцатиперстной кишки / Г.В. Лобжанидзе // Хирургия. – 1989. – № 10. – С. 29-34.
7. Калиш Ю.И. Кровоточащие постбульбарные язвы / Ю.И. Калиш, А.Э. Теркин // Хирургия. – 1994. – № 9. – С. 46-49.
8. Боровый Е.М. Диагностика и лечение постбульбарных язв двенадцатиперстной кишки / Е.М. Боровый // Врачебное дело. – 1977. – №12. – С. 20-23.
9. Внедукольные язвы двенадцатиперстной кишки / А.Ф. Черноусов, А.М. Ануфриев, А.М. Корчак и др. // Хирургия. – 1987. – № 5. – С. 42-47.
10. Курьгин А.А. Плановая хирургия «залуковичных» язв двенадцатиперстной кишки / А.А. Курьгин, В.В. Тоидзе // Вестн. хирургии. – 1989. – № 7. – С. 96-98.
11. Диагностика и хирургическое лечение постбульбарных язв двенадцатиперстной кишки / Г.К. Жерлов, О.Н. Фурсова, И.О. Гибадулина и др. // Вестник хирургии. – 2001. – № 160 (1). – С. 21-24.
12. Лубянский В.Г. Острый панкреатит после резекции желудка при низкорасположенных дуоденальных язвах / В.Г. Лубянский, С.В. Насонов // Хирургия. – 2001. – № 3. – С. 8-11.
13. Технічні особливості реімплантації великого дуоденального сосочка при ускладнених юкстапапілярних виразках / П.Д. Фомін, Є.М. Шепетько, М.В. Щербина та інші. // Шпитальна хірургія. – 2005. – № 1. – С. 15-19.
14. Курбанов К.М. Хирургическое лечение постбульбарных язв, осложненных пенетрацией в головку поджелудочной железы / К.М. Курбанов // Хирургия. – 1999. – №2. – С. 8-10.
15. Посмелов В.С. Хирургическое лечение постбульбарных язв двенадцатиперстной кишки / В.С. Посмелов, В.А. Кубышкин, И.А. Козлов // Хирургия. – 1997. – № 5. – С. 4-9.
16. Complicated postbulbar duodenal ulcer: the characteristics of its diagnosis and surgical technic and management. / A. Cotirlet, I. Ivan, R. Anghel [et al.] // Rev.Med.Chir Soc. Med.Nat.Iasi. – 1997. – Vol. 101 (1-2). – P. 164-169.
17. Gradinaru V. Complicated postbulbar duodenal ulcers: the characteristics of the diagnosis and of the 7 surgical procedure and management / V. Gradinaru, T. Seicaru, D. Horeanga, A. Miron // Chirurgia (Bucur). – 1991. – Vol. 40, № 1. – P. 11-20.
18. Rodriguez H.P. Ulcers in the descending duodenum. Postbulbar ulcers / H.P. Rodriguez, J.K. Aston, C.T. Richardson // Am. J.Roentgenol. Radium Ther. Nucl. Med. – 1973. – Vol. 119 (2). – P. 316-322.
19. Sakamoto K. Radiographic diagnosis of postbulbar duodenal ulcer / K. Sakamoto, Y. Okada, T. Yao // Rinsho Hoshasen. – 1974. – Vol. 19 (3). – P. 167-177.
20. Winter J. The disinsertion of Vater's papilla in stomach resection. Causes, diagnosis and therapy / J. Winter, L. Ulatowski, E. Hoffmann // Chirurg. – 1982. – Vol. 53 (9). – P. 574-580.
21. Surgical management of acute hemorrhagic postbulbar duodenal ulcer after a previous major surgical procedure / K. Yoshiya, Y. Ishikawa, J. Miura [et al.] // Jpn.J.Surg. – 1985. – Vol. 15 (5). – P. 348-354.

Стаття надійшла 24.03.2011