



ПРОБОДЕНИЕ ПОСТБУЛЬБАРНОЙ ЯЗВЫ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ В ЗАБРЮШИННОЕ ПРОСТРАНСТВО: ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ

¹С. М. Смотрин, ¹Р. И. Довнар, ²С. В. Кондель

¹Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь

²Городская клиническая больница скорой медицинской помощи г. Гродно, Гродно, Беларусь

Введение. Выбор метода оперативного вмешательства при лечении атипичной перфорации постбульбарной язвы двенадцатиперстной кишки в действующем клиническом протоколе не получил детального отражения.

Цель исследования – оценить перспективу индивидуального подхода в диагностике и выборе способа хирургического лечения атипичной перфорации постбульбарной язвы двенадцатиперстной кишки на примере клинического наблюдения.

Материал и методы. В наблюдении описан случай успешного лечения атипичной перфорации постбульбарной язвы двенадцатиперстной кишки у пациента пожилого возраста, осложненной правосторонней забрюшинной флегмоной и острым панкреатитом. Дана оценка используемым методам диагностики и индивидуальному подходу к выбору способа завершения оперативного вмешательства.

Результаты. Своевременная диагностика атипичной перфорации постбульбарной язвы двенадцатиперстной кишки и правильно выбранное радикальное хирургическое вмешательство могут способствовать выздоровлению пациентов даже в самых сложных случаях. Резекция желудка по Ру с дуоденостомией, холецистостомией и рациональным дренированием правосторонней забрюшинной флегмоны на фоне проводимого лечения позволили добиться выздоровления пациента.

Заключение. Лечение прободной постбульбарной язвы двенадцатиперстной кишки в забрюшинное пространство требует индивидуального подхода к выбору способа хирургического лечения.

Ключевые слова: язва двенадцатиперстной кишки, перфорация язвы, забрюшинное пространство, клинические протоколы, панкреатит

RETROPERITONEAL PERFORATION OF POSTBULBAR DUODENAL ULCER: DIAGNOSIS AND TREATMENT

¹S. M. Smotryn, ¹R. I. Dovnar, ²S. V. Kondel

¹Grodno State Medical University, Grodno, Belarus

²Grodno City Clinical Hospital of Emergency Care, Grodno, Belarus

Background. The choice of operative techniques for the treatment of atypical postbulbar duodenal ulcer perforation is not reflected in detail in the current clinical protocol.

Objective. Based on clinical observation to evaluate the prospects of an individualized approach to the diagnosis and surgical management of atypical postbulbar duodenal ulcer perforation.

Material and methods. This case report describes successful treatment outcomes in an elderly patient with atypical postbulbar duodenal ulcer perforation complicated by right-sided retroperitoneal phlegmon and acute pancreatitis. The diagnostic methods used and the individualized approach to the selection of operative techniques are evaluated.

Results. Timely diagnosis of atypical perforation of a postbulbar duodenal ulcer as well as appropriately chosen radical surgical intervention can contribute to patient recovery, even in the most complex cases. Roux-en-Y gastrectomy with duodenostomy, cholecystostomy, and rational drainage of right-sided retroperitoneal phlegmon, alongside with the medical treatment resulted in the patient's recovery.

Conclusion. The management of retroperitoneal postbulbar duodenal ulcer perforation requires an individualized surgical approach.

Keywords: duodenal ulcer, peptic ulcer perforation, retroperitoneal space, clinical protocols, pancreatitis.

Автор, ответственный за переписку

Смотрин Сергей Михайлович, д-р мед. наук, профессор, УО «Гродненский государственный медицинский университет», e-mail: s.smotrin@mail.ru

Corresponding author:

Smotryn Sjarhei M., MD (Medicine), Professor, Grodno State Medical University, e-mail: s.smotrin@mail.ru

Для цитирования: Смотрин, С. М. Прободение постбульбарной язвы двенадцатиперстной кишки в забрюшинное пространство: диагностика и лечение / С. М. Смотрин, Р. И. Довнар, С. В. Кондель // Гепатология и гастроэнтерология. 2026. Т. 10, № 1. С. 91-95. <https://doi.org/10.25298/2616-5546-2026-10-1-91-95>.

For citation: Smotryn SM, Dovnar RI. Perforation of postbulbar ulcer of the duodenum into the retroperitoneal space: diagnosis and treatment. *Hepatology and Gastroenterology*. 2026;10(1):91-95. <https://doi.org/10.25298/2616-5546-2026-10-1-91-95>.

Введение

Прободная язва желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК) на сегодняшний день остается одной из проблем неотложной абдоминальной хирургии, имеющей большую медицинскую и социальную значимость. Данная патология поражает от 2 до 10% населения экономически развитых стран, и частота составляет 3,8–10 случаев на 100 000 населения. По причине прободения язвы в Республике Беларусь ежегодно оперируют около 12 человек на каждые 100 тыс. населения, а 70–80% прободений приходится на дуоденальную локализацию [1].

Постбульбарные язвы двенадцатиперстной кишки (ПБЯДПК) по статистике встречаются крайне редко и составляют 5–10% от прободных язв ДПК [2]. Большинство таких язв развивается в нисходящей части ДПК, при этом наиболее часто они локализируются на заднемедиальной стенке [3]. С учетом того, что общая заболеваемость язвой ДПК в настоящее время оценивается в 9,3%, то становится понятна распространенность ПБЯДПК [4]. Единичные публикации по данной теме показывают, что прободная постбульбарная язва составляет около 3,8% в сравнении с традиционной локализацией в луковице ДПК и такие язвы относят к атипичным перфорациям, так как дуоденальное содержимое поступает в забрюшинное пространство [5]. В силу этих обстоятельств боли в животе не столь интенсивные, появляются в эпигастрии или в правом подреберье, вскоре становятся умеренными вследствие того, что содержимое желудка и ДПК не поступает в свободную брюшную полость. Пальпация живота мало болезненна, напряжение мышц передней брюшной стенки менее выражено, а симптомы раздражения брюшины не всегда убедительны. При перфорации язвы в забрюшинное пространство через несколько часов появляется боль в поясничной области справа, повышается температура тела, умеренное вздутие живота по причине развития забрюшинной флегмоны.

Следует подчеркнуть, что четко разработанной хирургической тактики лечения таких пациентов нет. К примеру, в действующем в настоящее время в Республике Беларусь клиническом протоколе «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с перфоративной гастродуоденальной язвой в стационарных условиях» данный вид язвы отдельно не выделяется, а предлагаемые по протоколу основные виды хирургических вмешательств (ушивание перфоративной язвы, иссечение перфоративной язвы с ушиванием дефекта стенки органа, иссечение перфоративной язвы с пилоро- или дуоденопластикой, резекция желудка) не во всех случаях выполнимы при развившейся забрюшинной флегмоне [6].

Цель исследования – оценить перспективу индивидуального подхода в диагностике и выборе способа хирургического лечения атипичной перфорации ПБЯДПК на примере клинического наблюдения.

Материал и методы

Пациент М. 68 лет (история болезни № 9153) доставлен в приемное отделение УЗ «ГКБ-СМП г. Гродно» скорой медицинской помощью 07.06.2024 в 8 часов 30 минут через 18 часов от начала заболевания с диагнозом «острый холецистит». При поступлении общее состояние тяжелое. Жаловался на боли постоянного характера в правой половине живота и поясничной области, тошноту, повышение температуры тела до 38,0 °С. В анамнезе язвенная болезнь ДПК. Последнее обострение было весной 2022 года. ЧСС – 107 уд/мин, АД – 140/70 мм рт. ст. При осмотре живот умеренно вздут, при пальпации болезненный в правом подреберье и околопупочной области, отмечается напряжение мышц передней брюшной стенки в правом подреберье и слабо положительный симптом Щеткина-Блюмберга. Кишечные шумы резко ослаблены. Перкуторно печеночная тупость сохранена. Общий анализ крови: эритроциты – $6,0 \times 10^{12}/л$, гемоглобин – 174 г/л, лейкоциты – $19,63 \times 10^9/л$, метамиелоциты – 1%, палочкоядерные – 15%, сегментоядерные – 75%, лимфоциты – 9%. Биохимической анализ крови: мочевины – 8,9 ммоль/л, креатинин – 160 мкмоль/л, глюкоза – 12,5 ммоль/л, билирубин – 51,2/17 мкмоль/л, амилаза – 435 Ед/л. УЗИ органов брюшной полости: печень – контур ровный четкий, эхоструктура однородная; желчный пузырь – без признаков воспаления; поджелудочная железа – контур четкий, ровный, головка – 34 мм, тело – 20 мм, хвост – 26 мм, эхоструктура диффузно неоднородная; почки – подвижные, конкрементов нет, чашечно-лоханочная система уплотнена, не расширена. В брюшной полости свободная жидкость не визуализируется. Обзорная рентгенограмма грудной клетки и брюшной полости: легкие без видимых патологических изменений, свободный газ в поддиафрагмальных пространствах не определяется, отдельные чаши Клойбера в правой половине живота (рис. 1).

Фиброзофагогастродуоденоскопия – пищевод свободно проходим, слизистая бледно-розовая, кардия смыкается. Желудок воздухом расправляется, содержит пищевые массы. Перистальтика не прослеживается. Слизистая отечная с умеренной гиперемией. Луковицу ДПК осмотреть не удалось. Рентгеновская компьютерная томография органов грудной клетки и брюшной полости (рис. 2): органы грудной клетки без видимой патологии, пневмоперито-

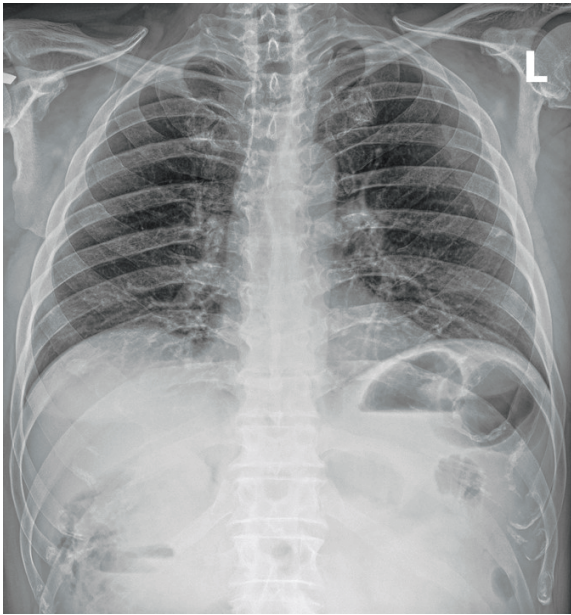


Рисунок 1 – Обзорная рентгенограмма грудной клетки и поддиафрагмальных пространств
Figure 1. – Plan radiograph of the chest and subdiaphragmatic spaces

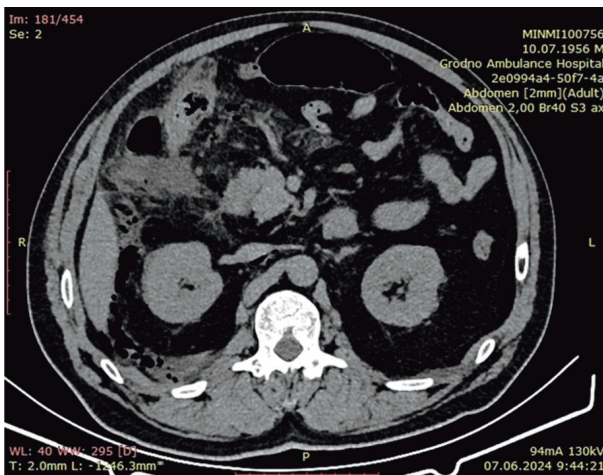


Рисунок 2 – Пузырьки газа в забрюшинной клетчатке справа, отек забрюшинной клетчатки справа
Figure 2 – Gas bubbles in the retroperitoneal tissue on the right, edema of the retroperitoneal tissue on the right

неум отсутствует. Определяется инфильтрация клетчатки в области луковицы ДПК и скопление жидкости до 20 мм, а также пузырьки газа вблизи ее стенки. Пузырьки газа определяются также в структуре брыжейки поперечно-ободочной кишки, забрюшинно по внутреннему контуру печени, парааортально и паранефрально справа. Имеется скопление жидкости забрюшинно справа до правой подвздошной ямки. Забрюшинная клетчатка таза не инфильтрирована. Выявляется скопление жидкости по правому боковому каналу до 35 мм. Диагностирована ПБЯДПК в забрюшинное пространство.

Результаты и обсуждение

Описание и результаты выполнения способа хирургического лечения атипичной перфора-

ции ПБЯДПК. Пациенту выполнено экстренное хирургическое вмешательство. Произведена верхнесрединная лапаротомия. При ревизии: в брюшной полости, преимущественно по правому боковому каналу до 150 мл мутного содержимого, на правом фланке толстой кишки – единичные фибриновые наложения. Парадуроденальная параколическая клетчатка справа буро-зеленого цвета. Произведена мобилизация ДПК по Кохеру. Установлено, что имеет место перфорация ПБЯДПК, расположенной по заднелатеральной стенке. Диаметр перфоративного отверстия составил 10 мм. На головке поджелудочной железы отмечены единичные участки стеатонекроза. С учетом результатов интраоперационной ревизии брюшной полости выполнена резекция 2/3 желудка по Ру (рис. 3) с концевой дуоденостомой. Забрюшинная правосторонняя параколическая флегмона вскрыта из отдельного внебрюшинного доступа (рис. 4), что позволило этапно санировать ее, не входя в брюшную полость.



Рисунок 3 – Схема оперативного вмешательства
Figure 3 – Scheme of surgical intervention

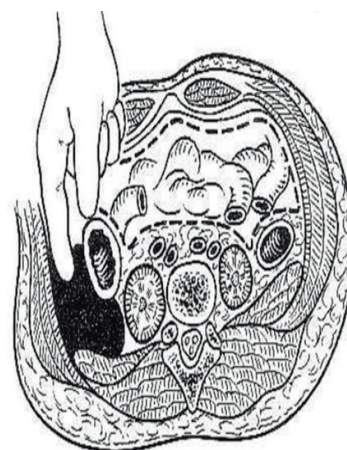


Рисунок 4 – Схема дренирования забрюшинного пространства
Figure 4 – Retroperitoneal space drainage diagram

Декомпрессия билиарной системы проведена путем постановки чрескожно в желчный пузырь билиарного дренажного катетера с устройством фиксации. В послеоперационном периоде про-

водилась интенсивная терапия, включающая коррекцию метаболических нарушений, антибактериальную терапию, синтетические аналоги соматостатина и экстракорпоральную детоксикацию.

После стабилизации гемодинамических показателей 10.06.2024 выполнена программированная санация брюшной полости и забрюшинного пространства справа. При ревизии установлено, что желудочно-тонкокишечный и межкишечный анастомозы герметичны. В свободной брюшной полости выпота нет, отсутствуют очаги жирового некроза в брыжейке тонкой и поперечно-ободочной кишок. Максимальные очаги некроза забрюшинной клетчатки имели место в забрюшинной клетчатке справа и парадуоденальной зоне в области культи ДПК. Произведена некрсеквестрэктомия. В головке поджелудочной железы единичные очаги стеатонекроза до 4 мм. Парадуоденальное и забрюшинное пространство справа дренированы ПВХ системами и перчаточными марлевыми тампонами. Состояние пациента оставалось стабильно тяжелым. Продолжалась интенсивная терапия. Пассажи из культи желудка и моторная функция кишечника восстановились на 5-е сутки. Суточные потери по дренажным системам из забрюшинного пространства и желчного пузыря составляли до 600 мл мутного серозно-геморрагического содержимого и 500 мл желчи. Энтеральное кормление пациента питательными смесями начато на 5-е сутки. 14.06.2024 получен ответ о характере микрофлоры забрюшинной флегмоны – *Klebsiella pneumoniae* (мультирезистентный штамм).

Санация парадуоденального и забрюшинного параколического пространства с учетом результатов бактериологического исследования проводилась ежедневно до 23.06.2024. Температура тела нормализовалась к 20.06.2024 и до 28.07.2024 носила субфебрильный характер, не превышая 37,2–37,4 °С. Дренаж из желчного пузыря самостоятельно отошел 10.07.2024. Дренаж из ДПК удален 20.07.2024. До 30.07.2024

по дренажным системам из забрюшинного пространства выделялось серозно-геморрагическое содержимое в объеме до 100 мл, которые были удалены. Свищевые ходы полностью закрылись к 05.08.2024. При УЗИ брюшной полости и забрюшинного пространства скопления жидкости не обнаружено. Общий анализ крови: эритроциты – $3,6 \times 10^{12}/л$, гемоглобин – 130 г/л, лейкоциты – $7,9 \times 10^9/л$, палочкоядерные – 5%, сегментоядерные – 75%, лимфоциты – 20%. Биохимический анализ крови: общий белок – 73 г/л, мочевины – 7,4 ммоль/л, креатинин – 82 мкмоль/л, СРБ отрицательный, билирубин – 12 мкмоль/л, амилаза – 26 Ед/л. В удовлетворительном состоянии 09.08.2024 пациент выписан на амбулаторное лечение. Осмотрен через месяц – состояние удовлетворительное, жалоб не предъявляет. Соблюдает диету. УЗИ печени: эхогенность повышена. Эхоструктура однородная на видимых участках. Воротная вена – 10 мм. Холедох не расширен – 7 мм. Внутривенные желчные протоки не уплотнены, не расширены. Желчный пузырь: форма с изгибом в области шейки, размер – 79x32 мм, стенка – 3 мм, внутрисветовые образования не определяются. В брюшной полости свободная жидкость не визуализируется. Осмотрен через год. Состояние удовлетворительное. Жалоб не предъявляет.

Выводы

Перфоративная постбульбарная язва ДПК является редким заболеванием, а клиническая картина проявляется под маской других заболеваний. Только глубокий анализ клинических данных и результатов инструментальных методов диагностики позволяет своевременно установить правильный диагноз и своевременно определить показания к оперативному лечению.

Правильно выбранное хирургическое вмешательство, даже при развитии забрюшинной флегмоны и острого панкреатита, позволяет добиться положительного результата.

References

1. Lobankov VM. Klinicheskaja jepidemiologija perforativnyh jazv v Belarusi. Medicinskie novosti. 2004;(6):29-32 (Russian).
2. Matsuhashi T, Fukuda S, Abe Y, Mikami T, Tatsuta T, Hikichi T, Nakamura J, Onozato Y, Hata W, Masamune A, Ohyauchi M, Ito H, Hanabata N, Araki Y, Yanagita T, Imamura H, Tsuji T, Sugawara K, Horikawa Y, Ohara S, Kondo Y, Dohmen T, Iijima K. Nature and treatment outcomes of bleeding post-bulbar duodenal ulcers. Dig Endosc. 2022 Jul;34(5):984-993. doi: 10.1111/den.14160.
3. Britt LG, Wolf RY. Postbulbar ulcer with retrocecal abscess. A case report. Arch Surg. 1966 ;92(1):98-100. doi: 10.1001/archsurg.1966.01320190100023.
4. Ghelase F, Georgescu I, Ghelase S, Mărgăritescu D, Sandu E, Cioară F, Cioară D, Bratiloveanu T. Ulcerul duodenal postbulbar. Probleme de diagnostic și tratament [Duodenal post-bulbar ulcers. Diagnostic and therapeutic problems]. Chirurgia (Bucur). 2006 Jan-Feb;101(1):47-53.
5. Ritchie JD. Postbulbar duodenal ulcer. Aust N Z J Surg. 1976;46(2):116-20. doi: 10.1111/j.1445-2197.1976.tb03212.x.
6. Ministerstvo zdravooohranenija Respubliki Belarus. Diagnostika i lechenie pacientov (vzrosloe naselenie) s perforativnoj gastroduodenalnoj jazvoj v stacionarnyh uslovijah. Klinicheskij protokol. Postanovlenie № 182 (November 30, 2023) [Internet]. Available from: https://etalonline.by/document/?regnum=w22340827p&q_id=4693589 (Russian).

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Финансирование. Исследование проведено без спонсорской поддержки.

Соответствие принципам этики. Пациент подписал информированное согласие на публикацию своих данных.

Сведения об авторах:

Смотрин Сергей Михайлович, д-р мед. наук, профессор, УО «Гродненский государственный медицинский университет», e-mail: s.smotrin@mail.ru, ORCID: 0000-0002-3944-1124

Довнар Руслан Игоревич, канд. мед. наук, доцент, УО «Гродненский государственный медицинский университет», e-mail: dr_ruslan@mail.ru, ORCID: 0000-0003-3462-1465

Кондель Сергей Васильевич, УЗ «ГКБСМП г. Гродно», e-mail: kondel.sergej@gmail.com, ORCID: 0000-0001-9328-4644

Conflict of interest. The authors declare no conflict of interest.

Financing. The study was performed without external funding.

Conformity with the principles of ethics. The patient signed informed consent for the publication of his data.

Information about authors:

Smotryn Siarhei M., MD (Medicine), Professor, Grodno State Medical University, e-mail: s.smotrin@mail.ru, ORCID: 0000-0002-3944-1124

Dovnar Ruslan I., PhD (Medicine), Associate Professor, Grodno State Medical University, e-mail: dr_ruslan@mail.ru, ORCID: 0000-0003-3462-1465

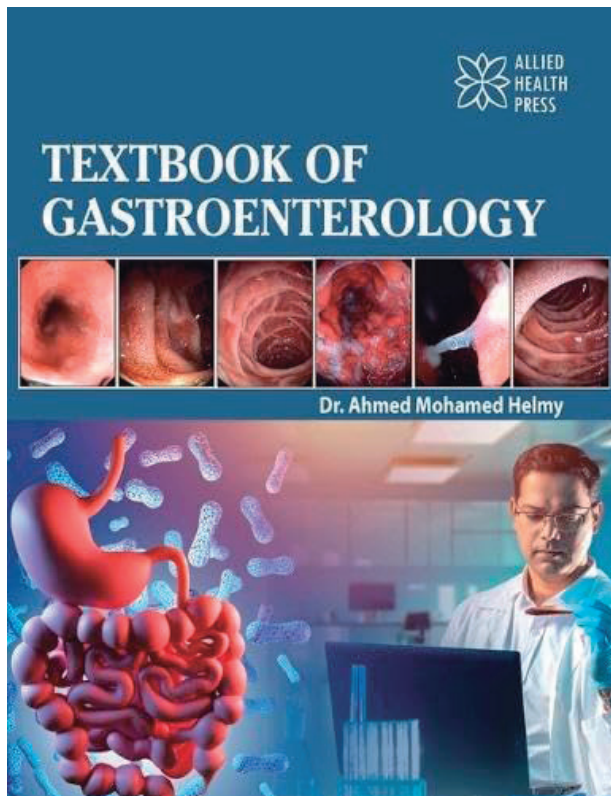
Kondel Sergey V., City Clinical Hospital of Emergency Medical Care of Grodno, e-mail: kondel.sergej@gmail.com, ORCID: 0000-0001-9328-4644

Поступила: 23.03.2026

Принята к печати: 29.04.2026

Received: 23.03.2026

Accepted: 29.04.2026



Mohamed, A. Textbook of Gastroenterology / A. Mohamed. – Toronto : Allied Health Press, 2026. – 502 p. – ISBN 978-1779568014.

Gastroenterology explores the structure, function, and disorders of the digestive tract and accessory organs. This textbook walks readers from basic GI physiology to comprehensive management of disorders — dyspepsia, IBD, hepatobiliary disease, pancreatitis, and colorectal pathology. Diagnostic and procedural skills (endoscopy, imaging interpretation) are integrated with medical therapies, nutritional care, and rehabilitation. Evidence-based algorithms, multidisciplinary care pathways, and patient communication tips make clinical application straightforward. An essential resource for gastroenterology fellows, internists, and surgeons involved in digestive health care.