

# Uždari dvylikapirštės žarnos sužalojimai: Klaipėdos ligoninės patirtis

## Blunt duodenal trauma: experience of the Klaipėda Hospital

Algirdas Šlepavičius, Feliksas Grigalauškas, Vaidotas Turskis

*Klaipėdos ligoninė, Liepojos g. 41, LT-5808 Klaipėda*  
*El. paštas: algisle@takas.lt*

*Klaipėda Hospital, Liepojos str. 41, LT-5808 Klaipėda, Lithuania*  
*E-mail: algisle@takas.lt*

---

### Išvadas

Uždari dvylikapirštės žarnos sužalojimai yra reti. Diagnozė dažniausiai nustatoma tik operacijos metu. Šio darbo tikslas – išanalizuoti Klaipėdos ligoninės 20 metų (1985–2005 m.) patirtį, susijusią su uždary dvylikapirštės žarnos plyšimų diagnostavimu ir gydymu.

### Pacientai ir metodai

Nekomplikuoti dvylikapirštės žarnos plyšimai be aiškių retroperitoninio tarpo infekcijos požymių buvo gydomi dvylikapirštės žarnos sienos užsiuvimu ir retroperitoninio tarpo drenavimu. Prievarčio izoliavimas buvo taikomas, kai sužalojimai sunkesni, operacija uždelsta ir esama retroperitoninio tarpo flegmonos reiškinių.

### Rezultatai

Operuota 14 ligonių. Aštuoniems iš jų dvylikapirštės žarnos žaizda užsiūta, o šešiams – žaizdos užsiuvimas papildytas prievarčio izoliavimu. Pooperacinių komplikacijų buvo 8 ligoniams. Keturi ligoniai mirė.

### Išvados

Nekomplikuoti dvylikapirštės žarnos plyšimai gali būti gydomi užsiuvant žarnos defektą. Susidarius retroperitoninio tarpo pūlynui, žarnos sienos užsiuvimą reikėtų derinti su prievarčio izoliavimu.

**Reikšminiai žodžiai:** uždara dvylikapirštės žarnos trauma, chirurginis gydymas, komplikacijos, mirštamumas

---

### Background / objective

Blunt duodenal injuries are relatively rare. The diagnosis is usually delayed, resulting in a significant morbidity and mortality. The purpose of this study was to examine the results of treatment of patients with blunt duodenal injuries at our hospital.

### Patients and methods

This is a retrospective study of patients who sustained blunt duodenal injuries and were admitted to Klaipėda Hospital in 1985 through 2005. During the study period, the management of duodenal injuries at our institution depended on the

severity of injuries, timing of diagnosis and presence of retroperitoneal infection. Uncomplicated wounds of the duodenum with no obvious retroperitoneal infection were treated by simple duodenum repair and drainage of the retroperitoneal space. Pyloric exclusion was performed in cases of difficult duodenal repair and in the presence of retroperitoneal infection.

### Results

Fourteen patients were entered into the study. All of them were operated on: eight underwent a simple repair with drainage of retroperitoneal space, and six underwent a simple repair of duodenal wounds combined with pyloric exclusion. Nine patients developed complications. Three patients had duodenal fistulas: two in the simple repair group and one in the pyloric exclusion group. Four patients died.

### Conclusions

The diagnosis of blunt duodenal injuries before surgery is difficult. Uncomplicated duodenal wounds should be treated by simple suture repair. Pyloric exclusion is a useful additional procedure in patients with complicated duodenal injuries and in the presence of retroperitoneal infection.

**Keywords:** blunt duodenal trauma, surgical treatment, postoperative complications, mortality

---

## Įvadas

Dvylikapirštės žarnos sužalojimai yra nedažni ir sudaro 3,4%–5% visų uždarų pilvo traumų. Dėl dvylikapirštės žarnos retroperitoninės lokalizacijos jos uždarų sužalojimų simptomatika esti skurdi, o diagnozė dažniausiai nustatoma tik operacijos metu. Gretutiniai sužalojimai, ypač galvos smegenų ir krūtinės ląstos traumos, prisideda prie uždelsto diagnozės nustatymo. Šio darbo tikslas – išanalizuoti Klaipėdos ligoninės Chirurgijos skyriaus ligonių gydymo 20 metų patirtį.

## Ligoniai ir metodai

Retrospektyviu būdu tirti ligoniai, patyrę uždarus dvylikapirštės žarnos sužalojimus ir gydyti Klaipėdos ligoninės Chirurgijos skyriuje nuo 1998 iki 2005 metų. Šiuo laikotarpiu dvylikapirštės žarnos sužalojimų gydymo taktika priklausė nuo sužalojimo pobūdžio, laiko nuo sužalojimo iki operacijos ir nuo to, ar yra retroperitoninio tarpo infekcija. Nekomplikuoti dvylikapirštės žarnos plyšimai be aiškių retroperitoninio tarpo infekcijos požymių buvo gydomi dvylikapirštės žarnos sienos užsiuvimu ir retroperitoninio tarpo drenavimu. Prievarčio izoliavimas buvo taikomas, kai sužalojimai sunkesni, operacija uždelsta ir yra retroperitoninio tarpo flegmonos reiškinių.

Dvylikapirštės žarnos plyšimus suskirstėme pagal sunkumo laipsnį remdamiesi Amerikos traumų chirurgų asociacijos (AAST) organų sužalojimo sunkumų klasifikacija.

## Rezultatai

Gydėme 14 ligonių, iš jų 12 vyrų ir 2 moteris. Ligonų amžius svyravo nuo 18 iki 62 metų (vidurkis – 42 metai). Traumų priežastys buvo tokios: smurtas (9 ligoniai), autoįvykis (3 ligoniai), kritimas iš aukštumos (1 ligonis). Vienas ligonis neigė bet kokią traumą.

Devyniems ligoniams diagnozuoti gretutiniai sužalojimai. Jie buvo tokie: galvos smegenų traumos (5 ligoniai), kepenų plyšimas (2 ligoniai), kasos plyšimas (1 ligonis), galūnių kaulų lūžiai (6 ligoniai), inksto plyšimas (1 ligonis).

Dviem ligoniams plyšo dvylikapirštės žarnos priekinė siena, dvylikai – užpakalinė. Šios ekstraperitoninių sužalojimų grupės vienam ligoniui buvo pažeista dvylikapirštės žarnos pirmoji dalis, keturiems – antroji dalis, šešiams – trečioji dalis ir vienam – ketvirtoji dalis.

Keturi ligoniai hospitalizuoti praėjus ne daugiau kaip 4 val. po traumos, 6 – ne daugiau kaip 12 val. ir 4 – ne daugiau kaip 24 val. Dvylika ligonių operuoti per 2 valandas nuo hospitalizavimo. Vienas ligonis ope-

ruotas tik trečią parą, o kitas – praėjus 18 valandų nuo hospitalizavimo.

Visi ligoniai operuoti esant peritonito reiškiniams, įtariant pilvo organų plyšimą. Prieš operaciją nė vienam ligoniui nebuvo įtarta dvylikapirštės žarnos plyšimas. Septyniems ligoniams prieš operaciją atlikta laparocentzė. Jos metu gautas kraujingas ar drumstas eksudatas leido įtarti pilvo organų plyšimą.

Antro laipsnio sužalojimai buvo 10 ligonių, trečio laipsnio sužalojimai – keturiems. Devyniems ligoniams operacijos metu užsiūta dvylikapirštės žarnos siena ir drenuotas retroperitoninis tarpas. Penkiems ligoniams atliktas užsiuvimas ir prievartčio izoliavimas.

Devyniems ligoniams pooperacinė eiga buvo komplikkuota. Pasireiškė tokios komplikacijos:

1. Dvylikapirštės žarnos fistulė – 2 ligoniams po sienos užsiuvimo ir 1 ligoniui po užsiuvimo ir prievartčio izoliavimo.
2. Pilvo ertmės abscesai – 3 ligoniams.
3. Dvylikapirštės žarnos stenozė po užsiuvimo – 2 ligoniams.
4. Pooperacinis žarnų nepracinamumas – 1 ligoniui.

## LITERATŪRA

1. Gaidamonis E. Pilvo traumos. Kaunas: Judex, 2002.
2. Fang JF, Chen RJ, Lin BC. Surgical treatment and outcome after delayed diagnosis of blunt duodenal injury. *Eur J Surg* 1999; 165: 133–139.
3. Martin TD, Feliciano DV, Mattox KL, Jordan GL Jr. Severe duodenal injuries: treatment with pyloric exlusion and gastrojejunostomy. *Arch Surg* 1983; 118: 631–635.
4. Moore EE, Cogbill TH, Malangoni MA, Jurkovich CJ, Champion HR, Gennarelli TA, et al. Organ injury scaling, II.

5. Profuzinis kraujavimas iš tuščiosios žarnos pepsinės opos.

6. Alkoholinė psichozė – 2 ligoniams.

7. Operacinės žaizdos supūliavimas – 5 ligoniams.

Dviem ligoniams buvo sunkūs gretutiniai sužalojimai: cerebrinė koma, krūtinės ląstos, dubens kaulų, blauzdos kaulų lūžimai. Abu išgyveno.

Mirė 4 ligoniai, iš jų vienas – nuo galvos smegenų traumos. Pomirtinis tyrimas parodė, kad dvylikapirštės žarnos siūlė buvo sandari. Trys ligoniai mirė nuo dvylikapirštės žarnos plyšimo komplikacijų.

Gydymosi stacionare trukmė svyravo nuo 9 iki 168 dienų. Vidutinis gulėjimo laikas – 24 dienos.

## Išvados

Uždarų dvylikapirštės žarnos sužalojimų diagnostika yra sunki. Operacijos pobūdis priklauso nuo traumos senumo, sužalojimo laipsnio, lokalizacijos ir nuo to, ar yra retroperitoninio tarpo infekcija. Nekomplikuoti dvylikapirštės žarnos plyšimai gali būti gydomi užsiuvant žarnos defektą. Susidarius retroperitoninio tarpo pūlynui, žarnos sienos užsiuvimą reikėtų derinti su prievartčio izoliavimu.

Pancreas, duodenum, small bowel, colon and rectum. *J Trauma* 1990; 30: 1427–1429.

5. Asensio JA, Petrone P, Roldan G, Pakart R, Salim A. Pancreatic and duodenal injuries, complex and lethal. *Scand J Surg* 2002; 91: 81–86.

6. Stone HH, Fabian TC. Management of duodenal wounds. *J Trauma* 1979; 19: 334–339.

7. Snyder WH 3<sup>rd</sup>, Weigelt JA, Watkins WL, Bietz DS. The surgical management of duodenal trauma. Precepts based on a review of 247 cases. *Arch Surg* 1980; 115: 422–429.