

<https://doi.org/10.17816/mechnikov20707>

УСПЕШНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОСТРАДАВШЕГО С ТОРАКОАБДОМИНАЛЬНЫМ РАНИЕНИЕМ, ПОВРЕЖДЕНИЕМ СЕРДЦА И СКВОЗНЫМ РАНИЕНИЕМ ПИЩЕВОДА

А.И. Бабич, А.Н. Тулупов, С.Ш. Тания, А.Е. Демко

Государственное бюджетное учреждение «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи имени И.И. Джанелидзе», Санкт-Петербург

Для цитирования: Бабич А.И., Тулупов А.Н., Тания С.Ш., Демко А.Е. Успешное лечение пострадавшего с торакоабдоминальным ранением, повреждением сердца и сквозным ранением пищевода // Вестник Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова. – 2020. – Т. 12. – № 1. – С. 85–87. <https://doi.org/10.17816/mechnikov20707>

Поступила: 27.01.2020

Одобрена: 24.02.2020

Принята: 16.03.2020

♦ В статье представлено клиническое наблюдение успешного лечения пациента с внеплевральным торакоабдоминальным ранением с повреждением сердца и пищевода. Обследование пациента в условиях противошоковой операционной, применение минимально инвазивных технологий (видеоторакоскопия, видеолапароскопия) позволили выбрать правильную лечебную тактику, своевременно выявить все повреждения и устранить их. Представленное клиническое наблюдение демонстрирует целесообразность использования видеоторакоскопии и видеолапароскопии у гемодинамически стабильных пациентов с проникающими торакоабдоминальными ранениями для выявления повреждений сердца и пищевода.

♦ **Ключевые слова:** ранение пищевода; ранение сердца; торакоабдоминальные ранения.

SUCCESSFUL TREATMENT OF PATIENT WITH THORACOABDOMINAL INJURY WITH HEART AND ESOPHAGEAL TRAUMA

A.I. Babich, A.N. Tulupov, S.Sh. Taniya, A.E. Demko

Saint Petersburg Scientific Research Institute for Emergency Care named after I.I. Dzhanelidze, Saint Petersburg, Russia

For citation: Babich AI, Tulupov AN, Taniya SSH, Demko AE. Successful treatment of patient with thoracoabdominal injury with heart and esophageal trauma. *Herald of North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov*. 2020;12(1):85-87. <https://doi.org/10.17816/mechnikov20707>

Received: January 27, 2020

Revised: February 24, 2020

Accepted: March 16, 2020

♦ The article presents a case of treating the patient with extrapleural thoracoabdominal injury with heart and esophageal trauma. Examination of the patient in a shock trauma operating room, the use of minimally invasive technologies (thoracoscopy, laparoscopy) allowed to choose the right treatment tactics, timely identify all injuries and eliminate them. The presented clinical observation demonstrates the feasibility of using video thoracoscopy and video laparoscopy in hemodynamically stable patients with penetrating thoracoabdominal wounds to detect damage to the heart and esophagus.

♦ **Keywords:** esophageal wound; heart wound; thoracoabdominal wounds.

Введение

Торакоабдоминальные ранения встречаются редко — составляют до 7 % всех ранений груди и живота мирного времени [1]. Их лечение сопряжено с большим числом осложнений и высокой летальностью. При этом, по данным раз-

ных авторов, у 10–15 % раненых при первичном поступлении повреждения внутренних органов своевременно не диагностируют [2, 3]. Дефекты первичной диагностики связаны с тем, что при некоторых повреждениях, таких как ранения

сердца без острой массивной кровопотери и тампонады перикарда, изолированных ранениях пищевода и других полых органов, ранениях диафрагмы, отсутствует патогномичная клиническая картина [3]. Стоит отметить, что ввиду большого разнообразия повреждений и нестандартных ситуаций в настоящее время нет единых, утвержденных в отечественных рекомендациях подходов к ведению пациентов с торакоабдоминальными ранениями.

Приводим клиническое наблюдение успешного лечения пострадавшего с внеплевральным торакоабдоминальным ранением с повреждением сердца и пищевода, у которого на момент поступления отсутствовала яркая клиническая картина, характерная для данных фатальных повреждений.

Описание клинического случая

Пациент А., 40 лет, доставлен в НИИ СП им. И.И. Джанелидзе реанимационно-хирургической бригадой с места получения ранения 01.01.2020. Госпитализирован, минуя приемное отделение, в противошоковую операционную. Из анамнеза известно, что получил ножевое ранение в грудь. При осмотре на места ранения, через 15 мин после его получения, пострадавший гемодинамически стабилен, систолическое артериальное давление (САД) — 140 мм рт. ст., частота сердечных сокращений (ЧСС) — 80 в минуту, частота дыхательных движений (ЧДД) — 16 в минуту, сатурация (S_pO_2) — 98 %. В области шестого межреберья на 1 см кнаружи от парастеральной линии слева — колото-резаная рана длиной около 1,5 см; края раны без осаднения, углы острые. Наложена асептическая повязка, катетеризирована периферическая вена, выполнена инфузия 500 мл кристаллоидов, введены ненаркотические анальгетики. Через 45 мин пострадавший доставлен в противошоковую операционную НИИ СП. При поступлении раненый в ясном сознании, состояние алкогольного опьянения. Активно жалоб не предъявлял. САД — 130 мм рт. ст., ЧСС — 70 в минуту, ЧДД — 16 в минуту. При осмотре локализация и описание раны соответствует описанному выше. По данным рентгенографии органов груди выявлено незначительное расширение талии сердца, при FAST жидкости в перикарде, плевральных синусах и брюшной полости нет. В брюшной полости — выраженный пневматоз петель кишечника. Согласно принятым в НИИ СП протоколам ведения пострадавших

с торакоабдоминальными ранениями и ранениями в кардиальной зоне пострадавшему в условиях однолечной правосторонней искусственной вентиляции легких произведена видеоторакоскопия (через разрез кожи длиной 1 см в третьем межреберье по передней подмышечной линии слева с инсуффляцией CO_2 до 8 мм рт. ст.). Рана груди не проникает в плевральную полость. После вскрытия перикарда обнаружена кровь. Принято решение выполнить переднебоковую торакотомию слева в пятом межреберье, продольную перикардиотомию параллельно и на 2 см выше левого диафрагмального нерва длиной 8 см. Выявлено непроникающее ранение сердца в области его верхушки, которое ушито отдельными узловыми швами (пролен 4/0). Раневой канал проходил через центр перикарда и сухожильный центр диафрагмы и проникал в брюшную полость. С учетом стабильного состояния пострадавшего завершен торакотомический этап оперативного вмешательства — ушит перикард в месте ранения и перикардиотомная рана. Перед ушиванием перикарда произведена его фенестрация длиной 2 см, на 3 см ниже левого диафрагмального нерва в области верхушки сердца, в левую плевральную полость установлено два полихлорвиниловых дренажа. Выполнен послойный шов торакотомной раны. При диагностической лапароскопии в брюшной полости определялось до 300 мл свежей крови, раневой канал проходил в забрюшинное пространство в области правой ножки диафрагмы. Для исключения повреждений забрюшинных структур осуществлена конверсия доступа — верхнесрединная лапаротомия. В абдоминальном отделе пищевода обнаружено сквозное ранение. Длина ран пищевода — 1,5 см на передней его стенке и 1 см на задней. Из пищевода поступала слюна и желудочное содержимое. Мышечная оболочка рассечена, визуализирована слизистая пищевода. Раны пищевода ушиты отдельными узловыми швами нитью викрил 3/0 в два ряда с обязательным захватыванием в шов слизистой пищевода. С целью укрепления швов пищевода произведена фундопликация по Ниссену. Заведен назоеюнальный зонд для раннего энтерального питания и назогастральный зонд для декомпрессии желудка. На 7-е сутки после оперативного вмешательства проведена рентгеноскопия пищевода с глотком водорастворимого контраста — пищевод проходим, затеков контраста нет. Начато пероральное питание. Пациент выписан домой на 12-е сутки после операции в удовлетворительном состоянии.

Выводы

1. В первые часы после ранения у пациентов с повреждениями сердца и пищевода возможно отсутствие клинических проявлений.
2. Диагностический поиск у гемодинамически стабильных пациентов с ранениями в торакоабдоминальной и кардиальной зонах обязательно должен включать инвазивные методы диагностики — видеоторакоскопию и видеолапароскопию, которые позволяют своевременно выявить повреждения, выбрать правильную лечебную тактику.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

◆ **Адрес автора для переписки** (*Information about the author*)

Александр Игоревич Бабич / *Aleksandr I. Babich*
E-mail: babichmed@mail.ru

Литература

1. Brinster CJ, Singhal S, Lee L, et al. Evolving options in the management of esophageal perforation. *Ann Thorac Surg.* 2004;77(4):1475-1483. <https://doi.org/10.1016/j.athoracsur.2003.08.037>.
2. Schmidt SC, Strauch S, Rosch T, et al. Management of esophageal perforations. *Surg Endosc.* 2010;24(11):2809-2813. <https://doi.org/10.1007/s00464-010-1054-6>.
3. Schweigert M, Sousa HS, Solymosi N, et al. Spotlight on esophageal perforation: A multinational study using the Pittsburgh esophageal perforation severity scoring system. *J Thorac Cardiovasc Surg.* 2016;151(4):1002-1009. <https://doi.org/10.1016/j.jtcvs.2015.11.055>.