

УДК 616.329—001.37

С. М. АВАКЯН, Л. И. ИСРАЕЛЯН, М. А. ГРИГОРЯН

АНАЛИЗ ПРИЧИН ЛЕТАЛЬНОСТИ БОЛЬНЫХ С ХИМИЧЕСКИМИ ОЖОГАМИ ПИЩЕВОДА ПО МАТЕРИАЛАМ ЛОР-СТАЦИОНАРОВ г. ЕРЕВАНА

В работе рассмотрены причины летальности больных с химическими ожогами пищевода за период с 1961 по 1972 г.

Выявлено, что число больных, поступивших в ЛОР-стационары, не уменьшается и отмечается достаточно большой процент смертности.

С целью предупреждения летальности необходимо улучшить оказание неотложной помощи больным ожогами пищевода с одновременной организацией противошоковых и дезинтоксикационных мероприятий.

В настоящей работе приведены данные архивного материала ЛОР-стационаров гор. Еревана за 12 лет—с 1961 по 1972 г. по химическим ожогам полости рта, глотки и пищевода.

Анализ материала по годам показывает, что количество больных, поступивших в ЛОР-стационары, не уменьшается и отмечается сравнительно большой процент смертности. Из числа больных с химическими ожогами полости рта, глотки и пищевода умерло 88 чел.

Из 88 умерших мужчин было 36, женщин—52. Ожоги полости рта, глотки и пищевода были вызваны следующими едкими веществами: уксусной эссенцией (64), серной кислотой (10), нашатырным спиртом (2), кристаллическим марганцовокислым калием (2), азотной кислотой (1), соляной кислотой (1), каустической содой (3) и неизвестным едким веществом (5).

Подавляющее большинство больных с химическими ожогами глотки и пищевода умерло в первый день после приема едкого вещества. Так, в первый день умерло 54 больных, во второй—13, на третий—5, на четвертый—5 и остальные 11 больных умерли на 11—12-й день и позже. Наши данные показывают, что больные с химическими ожогами полости рта, глотки и пищевода погибают в основном от интоксикации вследствие приема внутрь большого количества едкого вещества и отчасти от шока. Чаще всего смертные исходы наблюдались после приема уксусной эссенции. В поздние сроки смерть наступала от осложнений—пневмонии, медиастенитов, нефритов, перфорации стенок пищевода, кровотечений и др. Наши данные совпадают с данными литературы [1, 3, 6, 8].

Возраст умерших больных был следующий: до 2 лет—13, от 6 до 10 лет—один, от 11 до 20—10, от 21 до 30—15, от 31 до 40—13, от 41 до 50—12, старше 50 лет—24 человека.

Известно, что срочное и полноценное промывание желудка имеет решающее значение в спасении жизни пострадавшего и предупреждении возможных осложнений при химических ожогах полости рта, глотки и пищевода. Наши наблюдения показали, что время, прошедшее после приема едкого химического вещества, прямо пропорционально тяжести клинических проявлений. У 88 умерших в результате тяжелых ожогов полости рта, глотки и пищевода промывание желудка было произведено поздно: спустя 1 час после ожога—27 больным, через 2 часа—17, через 3 часа—13, позже 3 часов—19, и 12 больным промывание желудка не производилось. В этом аспекте наши клинические наблюдения сходны с данными Н. И. Иванова [2] и С. В. Юши [7].

У больных с химическими ожогами пищевода, которым производилось промывание желудка, летальность была в 2—3 раза ниже по сравнению с теми больными, которым промывания желудка не производилось.

У большинства больных с химическими ожогами полости рта, глотки и пищевода отмечалось учащение пульса от 100 до 140 уд/мин. У одной четверти больных пульс был нитевидным, едва осязаемым. Артериальное давление у большинства больных при поступлении в стационар колебалось в пределах нормы, и лишь у незначительной части оно было несколько понижено. У 10% больных артериальное давление не определялось, так как больные находились в шоковом состоянии. У некоторых больных после поступления в стационар с нормальным артериальным давлением спустя несколько часов состояние ухудшилось и артериальное давление резко снизилось. Таким образом, динамическое наблюдение за изменением пульса и артериального давления наряду с другими симптомами может дать ценные данные для определения момента наступления шокового состояния у больных с ожогами пищевода и позволит принять меры для предотвращения подобных осложнений.

У наблюдавшихся нами больных отмечались определенные изменения и в крови, выражавшиеся в гиперлейкоцитозе (от 10 до 44 тысяч в 1 мм^3) со сдвигом влево или вправо, ускорение РОЭ, а также увеличение остаточного азота.

Изучение данных судебно-медицинской экспертизы у 44 умерших от химических ожогов полости рта, глотки и пищевода дало возможность констатировать следующие изменения как местного, так и общего характера. Местные изменения от воздействия уксусной эссенции, нашатырного спирта, марганцовокислого калия носили сравнительно неглубокий характер. Напротив, местные изменения от воздействия неорганических кислот и каустической соды носили более глубокий характер, и у части больных отмечалась перфорация стенок пищевода и желудка.

Установлены определенные дегенеративные изменения во внутренних органах—токсическое их поражение, жировая белковая дистрофия

печени, почек и других органов. У 14 умерших после ожога уже через 1,5—2 часа был выявлен отек мозга и легких. Пневмония была обнаружена в 9 из 44 вскрытий. Общетоксические изменения быстрее наступали у больных с ожогами полости рта, глотки и пищевода, обусловленными уксусной эссенцией. Уксусная эссенция имеет выраженное резорбтивное свойство, быстро всасывается из желудочно-кишечного тракта в кровь и действует на паренхиматозные органы и мозг. Такие же явления наблюдали у больных с ожогами пищевода А. Е. Петрова, Л. А. Егонян [5].

По нашим наблюдениям, сочетанное ожоговое поражение пищеварительного и дыхательного трактов резко ухудшает прогноз, увеличивая процент смертности у больных, в частности у детей до двухлетнего возраста. Произведенная трахеостомия в связи с острым стенозом гортани в большинстве случаев не спасает жизнь. Такого взгляда придерживается и Д. И. Матвеев [4].

Смерть в подавляющем большинстве случаев наступала в первые часы и дни (77 из 88), что можно объяснить общей интоксикацией и отчасти наступившим шоковым состоянием. Неотложная медицинская помощь больным с химическими ожогами полости рта, глотки и пищевода была оказана поздно—49 больным помощь была оказана через 2—3 часа и позже, 12 больным не была оказана помощь вовсе, и лишь 27 больным сделано промывание желудка спустя 1 час после ожога.

Выводы

1. Летальность у больных с химическими ожогами полости рта, глотки и пищевода довольно высокая (9,26%).
2. С целью снижения летальности и предупреждения осложнений у больных с химическими ожогами пищеварительного тракта необходимо произвести немедленное и полноценное промывание желудка, организовать противошоковые и дезинтоксикационные мероприятия.
3. Указанные больные в первые сутки должны находиться на лечении в отделениях интенсивной терапии, а после ликвидации явлений общей интоксикации должны быть переведены в ЛОР-отделения для проведения мероприятий по предупреждению рубцовых стенозов пищевода.

Кафедры болезней уха,
горла и носа ЕРГИДУВа
и ЕРМИ

Поступила 16/VII 1974 г.

Ս. Մ. ԱՎԱԳՅԱՆ, Լ. Ի. ԻՍՐԱԵԼՅԱՆ, Մ. Ա. ԳՐԻԳՈՐՅԱՆ

ՈՐԿՐԻ ՔԻՄԻԱԿԱՆ ԱՅՐՎԱԾՔՆԵՐՈՎ ՀԻՎԱՆԴՆԵՐԻ ՄԱՀԱՑՈՒԹՅԱՆ
ՊԱՏՃԱՌՆԵՐԻ ՎԵՐԼՈՒԾՈՒԹՅՈՒՆԸ ԸՍՏ ԵՐԵՎԱՆ ՔԱՂԱՔԻ ԼՈՌ
ՍՏԱՑԻՈՆԱՐՆԵՐԻ ՏՎՅԱԼՆԵՐԻ

Ա մ փ ո ւ լ ո մ

Վերջին 12 տարվա ընթացքում (1961—1972) ԼՈՒ-ստացիոնարներ են բնդունվել 966 հիվանդներ՝ բերանի խոռոչի, ըմպանի և որկորի քիմիական այրվածքներով: 966 հիվանդներից մահացել են 88 մարդ (9,26%): Նշված հիվանդների մեծամասնությունը մահացել է հիվանդության առաջին ժամերին և հետագա 2—3 օրվա ընթացքում (88-ից 77 հիվանդ), որը կարելի է կապել արտահայտված ընդհանուր ինտոկսիկացիայի և մասամբ էլ շոկային վիճակի հետ:

Որկորի, ըմպանի և բերանի խոռոչի քիմիական այրվածքներով հիվանդների մահացությունը կանխելու նպատակով առաջարկվում է բարելավել անհետաձգելի բուժօգնությունը և միաժամանակ կազմակերպել և կիրառել հակաշոկային և դեզինտոկսիկացիոն միջոցառումներ:

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Биезинь А. П. Химические ожоги пищевода у детей. М., 1966, стр. 56.
2. Иванов Н. И. Советская медицина, 1938, 5, стр. 25.
3. Левикова А. Х. Болезни уха, дыхательных путей и пищевода. Иркутск, 1968, в. 90, стр. 169.
4. Матвеев Д. Н. Сборник научных трудов клиники болезней уха, горла и носа. Хабаровск, 1946, стр. 16.
5. Петрова А. Е. и Егонян Л. А. Сборник научно-исследовательских работ комиссии содействия ученым (КСУ). М., 1936, т. I, стр. 123.
6. Сербилятев Л. И. Русский врач, 1910, 46, стр. 1752.
7. Юша С. В. Автореферат дисс. канд. Минск, 1969.
8. Podvtnec S., Bogicevic J., Savic D., Jakanovic D. Ann. Otolaryng., 1965, 82, 3, 115