

**СТРУКТУРА, ЧАСТОТА СМЕРТНОСТИ ОТ “АЛКОГОЛЬНОЙ КАРДИОМИОПАТИИ”
И МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ОБОСНОВАННОСТЬ ДИАГНОЗА**

(по материалам центра судебно-медицинской экспертизы МЗ КР за 2012-2014-2015 годы)

З.Н. Сидоренко, А.М. Мукашев, А.А. Бречко, Мукашев М.Ш.

Кыргызская Государственная медицинская академия имени И.К. Ахунбаева
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. В статье отражена структура и частота смертности от “Алкогольной кардиомиопатии” и морфологическая обоснованность данного диагноза по материалам Республиканского центра судебно-медицинской экспертизы за 2012-2014-2015 годы. Установлено, что диагноз “Алкогольная кардиомиопатии” в 2012 году выставлен в 12,4% случаев, 2014 году – 9,82% и в 2015 году – 9,96% случаев из всех судебно-медицинских исследований трупов. Лица мужского пола составили 428(77,81%) случаев, женского 122(22,18%) случаев. По возрасту смертность превалирует в возрастной группе от 31 до 69 лет. Наибольшее количество смертности приходится на осенне-зимний период. Степень алкоголемии у мужчин колебалась от легкой до тяжелой степени, у женщин – от легкой до сильной степени. Основными критериями для постановки диагноза “Алкогольной кардиомиопатии” были: вес сердца, цвет миокарда (вареное мясо), дряблость миокарда, расширение полостей сердца, жировой гепатоз.

Ключевые слова: алкогольная кардиомиопатия, смертность, пол, возраст, морфологические признаки, алкоголемия.

**АЛКОГОЛДУК КАРДИОМИОПАТИЯДАН КАЗА БОЛГОНДОРДУН ЖЫШТЫГЫ,
ТУТАМЫ ЖАНА ДИАГНОЗДУ МОРФОЛОГИЯЛЫК НЕГИЗДӨӨ ЖОЛУ**

З.Н. Сидоренко, А.М. Мукашев, А.А. Бречко, Мукашев М.Ш.

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз Мамлекеттик медициналык академиясы,
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду. Макалада 2012-2014-2015-жылдары алкогольдук кардиомиопатиядан каза болгондордун жыштыгы, тутамы жана диагнозду морфологиялык негиздөө жөнү жазылган. Бардык эксперттик изилдөөлөрдүн арасынан 2012-жылы алкогольдук кардиомиопатиядан 12,4%, 2014-жылы – 9,82% жана 2015-жылы – 9,96% киши каза болгон. Алардын ичинен эркектер 428 (77,81%), аялдар 122 (22,18%) түзгөн. Жаш курамы боюнча өлгөндөрдүн көпчүлүгү 31ден 69 жашка чейин туш келген. Ай боюнча күз-кыш (ноябрь-декабрь-январь) убактысында өлүм көбүрөөк болгон. Өлгөндөрдүн арасында жеңилден оорго чейинки деңгээлде мас абалы табылган. Алкоголдук кардиомиопатия диагноздун аныктоо үчүн көбүнчө жүрөктүн салмагы, жүрөк этинин жумшактыгы, жүрөк этинин түсү, боордун май басышы, жүрөк көңдөйүнүн кеңириши.

Негизги сөздөр: алкогольдук кардиомиопатия, өлүм, жыныс, жага, морфологиялык белгилер, алкоголемия.

**STRUCTURE, THE MORTALITY RATE FROM ALCOHOLIC CARDIOMYOPATHY
AND MORPHOLOGICAL VALIDITY OF DIGNOSIS**

(materials forensic medical examination center

МНКР 2012-2014-2015 years)

Z.N. Sidorenko, A.M. Mukashev, A.A. Brechko, M.S. Mukashev

Kyrgyz State Medical Academy n.a. I.K. Akhunbaev,
Bishkek, the Kyrgyz Republic

Summary. The article reflects the structure and the frequency of death from "alcoholic cardiomyopathy" and morphological validity of the diagnosis based on the Republican Centre of Forensic Medicine for years 2012-2014-2015. It was found that the diagnosis of "Alcoholic cardiomyopathy" in 2012 exhibited in 12.4% of cases, in 2014 – 9.82% and 2015-9.96% of cases of all forensic investigations of corpses, males accounted for 428 (77.81%) cases, 122 female (22.18%) cases. By age mortality prevalent in the age group from 31 to 69 years. Most number of deaths occur in autumn and winter. Alcholeemia degree in men ranged from mild to severe, women-from mild to severe. The main criteria for the diagnosis of "alcoholic cardiomyopathy," were: weight of the heart, the color of the myocardium (cooked meat), steatosis, myocardial flaccidity, enlargement of the heart cavities.

Keywords: alcoholic cardiomyopathy, death, sex, age, morphological features, alcholeemia.

Актуальность. Проблема употребления спиртосодержащих напитков и алкоголизация населения является острой медико-социальной проблемой и не вызывает сомнения актуальность данной проблемы, часто приводящих к хронической алкоголизации [3]. По оценке ВОЗ (2006), 3,7% случаев преждевременной смертности населения сопряжено с употреблением алкоголя. Неблагоприятные последствия злоупотребления спиртными напитками включают утрату трудоспособности граждан вследствие многочисленных поражений внутренних органов и систем, зачастую развивающихся в короткие сроки, что значительно повышает риск преждевременной смерти [1, 3].

Злоупотребление алкоголем и хроническая алкогольная интоксикация вызывает поражение практически всех внутренних органов и систем организма [8], которые могут быть причиной преждевременной смерти, хотя в судебно-медицинской практике диагноз хронической алкогольной интоксикации (ХАИ) как причина смерти практически не встречается, хотя она включена в МКБ-10 (Т51, Т51.0) [5]. Для судебных медиков же наиболее типичен диагноз "алкогольная кардиомиопатия" (АКМП), обозначенная в МКБ-10 под рубрикой 142.6 [6].

Кардиомиопатии (КМП) – нарушение структуры и функций миокарда желудочков (реже эндокарда и перикарда) за исключением врожденных аномалий развития, клапанных пороков сердца, системных заболеваний сосудов большого или малого круга кровообращения изолированных поражений эпикарда, проводящей системы и поражений коронарных артерий [4,10], известные как критерий J. Goodwin [9]. Такое же определение принято экспертами ВОЗ в 1984 году как основополагающее и отражает суть данной патологии.

В судебно-медицинской практике очень часто возникает необходимость в дифференциальной диагностике ряда причин смерти в связи с аналогичностью морфологических признаков, непостоянством и неспецифичностью всех морфологических и прочих признаков этих причин и отсутствия иного подхода кроме комплексной их оценки [7].

При постановке диагноза «алкогольная кардиомиопатия» и «алкогольная интоксикация» в основу диагностики используется один и тот же набор признаков, составляющих «комплекс» признаков.

В механизме наступления смерти при хронической алкогольной интоксикации различают несколько вариантов [8]. По данным автора, в

46,6% из 90 исследованных случаев хронической алкогольной интоксикации (ХАИ) был верифицирован сердечный тип танатогебеза. Танатогебез при этом механизме ХАИ сопровождается длительной декомпенсацией, реже внезапным, чаще аритмичным типом смерти от фибрилляции желудочков, инфаркта. Легочный тип танатогебеза более характерен для спонтанной интоксикации этанолом и его суррогатами. Воспалительные процессы в легких в 3,3% были причиной смерти при ХАИ. Печеночный танатогебез был установлен в 10,4% ХАИ. При этом алкогольный цирроз характеризовался монолобулярным, микронодулярным поражением гепатоцитов с развитием печеночной комы с ДВС-синдромом.

А.Л. Павлов (2013) утверждает, что при всех формах алкогольной интоксикации поражаются все внутренние органы, особенно те, которые уже имеют функциональную несостоятельность [8]. При ХАИ чаще всего поражается сердце и в танатогебезе преобладает сердечный тип в виде алкогольной кардиомиопатии.

Частота выставляемых диагнозов «алкогольной кардиомиопатии» практическими судебно-медицинскими экспертами указывает на «несложность» диагностики этой патологии. Однако, по мнению В.В. Хохлова (2010), не достаточно учитывается выраженность морфологических изменений и, что особенно важно, наступление смерти в трезвом состоянии [11]. Иное положение в случаях, когда смерть наступает в состоянии алкогольного опьянения, особенно при уровне алкоголемии 3,0% и более. В таком случае судебно-медицинский эксперт, несмотря на выявление им морфологических признаков алкогольной кардиомиопатии, должен решать и вопрос о том, наступила ли смерть от алкогольной кардиомиопатии или от острого отравления алкоголем.

По мнению А.В. Капустина (2005, из руководства В.В. Хохлова) диагноз алкогольной кардиомиопатии и смерти от этого заболевания может быть поставлен лишь на основе выявления морфологических изменений миокарда в виде жировой дистрофии кардиомиоцитов, а также с учетом изменений, прежде всего печени и данных о длительности злоупотребления значительными дозами алкоголя [11]. Ряд авторов [2] считают, что при АКМП превалируют признаки длительной экзогенной интоксикации (дистрофические изменения миокарда, очаговый арахнофиброз, фиброз и липоматоз поджелудочной железы, жировая дистрофия печени и в 50% случаев наличие алкогольной интоксикации).

В настоящее же время доказательных дифференциально-диагностических критериев на уровне макро-микро морфологических методов не предложено. В связи с чем диагноз «алкогольной кардиомиопатии» ставится экспертом на основе различных, не патогномичных для алкогольной кардиомиопатии признаков и даже без выяснения алкогольного анамнеза (стаж употребления алкоголя, количество, частота и т.д.).

С целью выявления комплекса морфологических признаков, на которых строился диагноз «алкогольной кардиомиопатии», обоснованности данного диагноза, проведен анализ актов и заключений судмедэкспертов Республиканского центра судебно-медицинских экспертиз МЗ КР за 2012-2014-2015 годы.

В связи с широкой вариабельностью морфологических признаков, обосновывающих диагноз «Алкогольной кардиомиопатии» и не являющихся специфическими, нами поставлена цель: изучить обоснованность выставления диагноза «Алкогольной кардиомиопатии» как непосредственной причины смерти.

Материал и методы исследования

Был изучен не рандомизированный архивный материал Республиканского центра судебно-медицинских экспертиз МЗ КР за 2012, 2014-2015 годы. Анализу подвержены 201 заключений экспертов за 2012 год, 170 за 2014 и 179 за 2015 годы.

Аналізу подвержены 201 случай заключений экспертов из 1619 случаев всех экспертных исследований трупов за 2012 год, 170 случай из 1730 за 2014 год и 179 случай экспертных заключений экспертов из 1796 случая всех экспертных исследований трупов за 2015 год (рис.).

При этом определяли половозрастной состав умерших (таблица 1), месячную характеристику смертности (таблица 2), степень алкоголизации организма перед смертью (таблица 3) и частоту встречаемости морфологических признаков, положенных в основу диагностики «Алкогольной кардиомиопатии» (таблица 4).

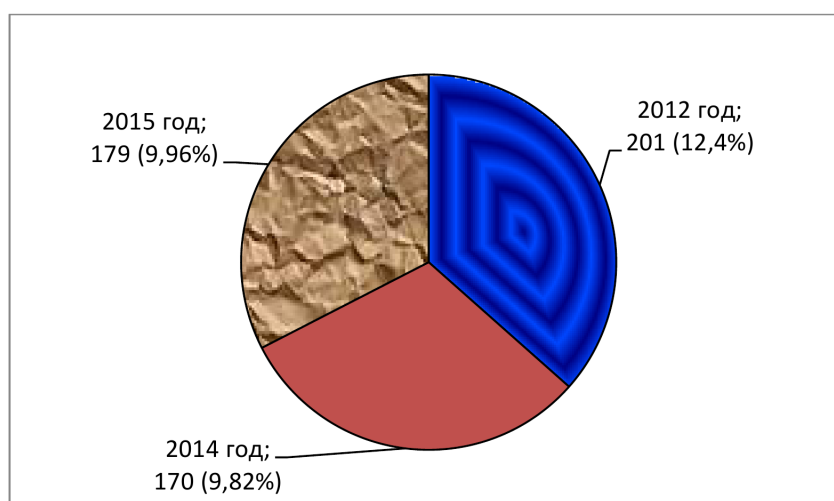


Рисунок. Распределение выборки умерших с диагнозом «Алкогольная кардиомиопатия».

Таблица 1

Половозрастная характеристика умерших от "Алкогольной кардиомиопатии"

Возраст	22-30 лет	31-49 лет	50-59 лет	60-69 лет	70 и выше	Муж.	Жен.
2012	7 (3,48%)	71 (35,32%)	78 (38,8%)	30 (14,9%)	15 (7,4%)	160 (79,6%)	41 (20,32%)
2014	5 (2,91)	60 (35,29%)	67 (39,41%)	20 (11,76%)	18 (10,58%)	139 (81,76%)	31 (18,23%)
2015	7 (3,91%)	62 (34,63%)	64 (35,75%)	32 (17,87%)	14 (7,82%)	129 (72,06%)	50 (27,93%)

Из таблицы 1 видно, что по полу умерших значительное большинство приходится на лиц мужского пола и общее количество их за 2012-2014-2015 годы составило 408 (74,18%) против 122 (25,18%) лиц женского пола.

По возрасту, к сожалению, от «алкогольной кардиомиопатии» наиболее часто умирают лица

в возрасте от 22 до 69 лет, существенно не меняясь по анализируемым годам. А пик смертности приходится на возраст от 31 до 69 лет, который является наиболее трудоспособным, общественно полезным возрастом.

Показатели смертности по анализируемым годам свидетельствуют о несущественной разнице

в 2014-2015 годах, чего не скажешь о 2012 году (201 случай против 170 и 179).

По месячный анализ показал, что смертность населения от “алкогольной кардиомиопатии” вы-

сока в осенне-зимнее время (ноябрь-декабрь-январь-февраль), а общая динамика смертности снижается от января месяца и далее, незначительно колеблясь по годам (таблица 2).

Таблица 2

Помесячная характеристика смертности от "Алкогольной кардиомиопатии"

Месяцы	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12
2012	27	19	19	17	10	16	17	17	15	13	14	20
2014	17	19	14	10	13	12	11	16	13	13	20	15
2015	21	18	15	14	12	10	16	11	15	13	11	20

Уровень алкоголемии в крови умерших от “Алкогольной кардиомиопатии” был разным: от легкой до сильной и тяжелой степени опьянения.

Последние вызывают сомнение в правильной обоснованности диагноза “Алкогольной кардиомиопатии” (таблица 3).

Таблица 3

Степень опьянения умерших от “Алкогольной кардиомиопатии”

Степень опьянения	Легкая	Средняя	Сильная	Тяжелая
М	0,09%	19,40%	36,36%	0,09%
Ж	2,50%	9,09%	11,68%	0%

Из таблицы видно, что среди лиц мужского пола, умерших, по заключению экспертов от “Алкогольной кардиомиопатии”, 19,4% находились в состоянии средней степени алкогольного опьянения, а 36,36% – сильной и 0,09% – тяжелой степени, у которых смерть могла наступить от

“Алкогольной интоксикации”. Среди лиц женского пола 11,68% находились в сильной степени, 9,09% – средней степени алкогольного опьянения, у которых непосредственной причиной смерти также могла быть “Алкогольная интоксикация”, рубрицируемая по МКБ-10 T51.0 [5].

Таблица 4

Частота встречаемости морфологических признаков, обосновывающих диагноз "алкогольной кардиомиопатии"

№	Катамнестические данные и морфологические признаки	2012	2014	2015
1	Коронаросклероз	1.35%	3.21%	4.64%
2	Вес сердца	100%	100%	100%
3	Дряблость миокарда	97.8%	96.7%	98.8%
4	Цвет миокарда (вареное мясо)	97,36%	98,44%	97,83%
5	Расширение полостей сердца	87,45%,	91,36%	92,74%
6	Кардиосклероз	2,71%	3,86%	4,78%
7	Обложенность миокарда жиром	49,47%	50,13%	48,71%
8	Жировой гепатоз	43,23%	47,80%	49,64%
9	Атеросклероз аорты	1,35%	3,21%	4,64%
10	Алкоголемия: отсутствие	46,53%	45,3%	50,84%
	до 0,5‰	53,47%	54,70%	49,16%
	от 0,6 до 1,5‰	11,07/2.04%	9,09%/2,59%	12,08/3,29%
	от 1,6 до 3,0‰	15,73%/7.08%	19,4%/9.09%	14,28/6,59%
	от 3,1 до 4,5‰	21,05%/10.13%	36,36/11,68%	38,46/12,08%
	от 4,6 до 5‰	8,03%/1.15%	9,09/0%	10,98/2,19%
11	Кровоизлияния в слизистую 12 перстной кишки	11.28%/2.87%	10,58/1,76%	11,17/6,7%
12	Кровоизлияния в поджелудочную железу	13.44%/3.88%	12,94/4,70%	17,8/7,2%

Из таблицы видно, что для морфологического обоснования диагноза “Алкогольной кардиомиопатии” наиболее часто используются: дряблость миокарда, цвет миокарда в виде “вареного мяса”, расширение полостей сердца, обложенность миокарда жиром и жировой гепатоз. А увеличение массы сердца наблюдалось в 100% случаев диагносцированной “Алкогольной кардиомиопатии”. В то же время степень алкоголемии свыше 3,1% вызывает сомнение в причине смерти от “Алкогольной кардиомиопатии”, особенно свыше 4,5%, так как при такой концентрации алкоголя в крови смерть могла наступить от острого отравления алкоголем. Об этом может свидетельствовать и кровоизлияния в слизистую 12 перстной кишки и в поджелудочную железу, которые не характерны для смерти от “Алкогольной кардиомиопатии”

Выводы:

1. Значительная часть погибших от “Алкогольной кардиомиопатии” составляют лица мужского пола (77,81%).
2. Смертность от “Алкогольной кардиомиопатии” приходится на возраст от 31 до 69 лет, и представляет социальную, медицинскую, демографическую проблему.
3. Наибольшее количество смертности приходится на осенне-зимний период;
4. Основными морфологическими критериями диагноза “Алкогольной кардиомиопатии” были: масса сердца, дряблость миокарда, цвет миокарда в виде “вареного мяса”, расширение полостей сердца, обложенность миокарда жиром, жировой гепатоз.
5. При высокой алкоголемии (более 4,5%) и наличии кровоизлияний в слизистую 12-перстной кишки и в поджелудочную железу диагноз “Алкогольной кардиомиопатии” выставлен необоснованно.

Литература.

1. Анкудинов А.Б., Лебедев О.В. Анализ структуры потребления алкоголя в России по профессиональным группам // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. - 2014. - №1. - С. 10-15.
2. Асташкина О.Г., Власова Н.В. Способ дифференциальной диагностики смерти от ишемической болезни сердца и алкогольной кардиомиопатии с использованием диагностических коэффициентов // Судебно-медицинская экспертиза. - 2008. - №5. - С. 12-15.

3. Гальчиков Ю.И., Луженко И.В., Москвина И.В. Алкоголизация населения как одна из медико-социальных проблем // Судебная медицина: Вопросы, проблемы, судебная практика. Барнаул, 19-20 мая 2016 г. - 2016. - №1(22). - С. 8-14.
4. Комитет экспертов ВОЗ по проблемам, связанным с употреблением алкоголя. Женева 12-13 октября 2006 года. Второй доклад // Серия технических докладов ВОЗ. 944. - Женева, 2006. - 76 с.
5. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем. Десятый пересмотр (МКБ-10). - Бишкек, 2002.
6. Мукашев М.Ш, Турганбаев А.Э. Судебно-медицинская диагностика «алкогольной кардиомиопатии» как основной причины смерти // Судебная медицина: вопросы, проблемы, судебная практика. Барнаул, 19-20 мая 2016 г. - 2016. - №1(22). - С. 78-85.
7. Орловская А.В., Перепелкин А.В., Богомолов И.Н, Саперовская В.Е. Модель процесса диагностики с позиций системного подхода // Труды VII Всероссийского съезда судебных медиков. Задачи и пути совершенствования судебно-медицинской науки и экспертной практики в современных условиях. 21-24 октября 2013 г.: Под ред. д.м.н. А.В. Ковалева. - М., 2013. - том 1. - С. 273-275.
8. Павлов Л.Л. Тапатогенез при осложнениях различных форм алкогольной болезни // Труды VII Всероссийского съезда судебных медиков. Задачи и пути совершенствования судебно-медицинской науки и экспертной практики в современной науке и экспертной практики в современных условиях. 21-24 октября 2013 г.: Под ред. д.м.н. А.В. Ковалева. - М., 2013. - том 1. - С. 283-286.
9. Сахин А.В., Швальт А.П. Проблемы статистического учета алкогольной кардиомиопатии // Труды VII Всероссийского съезда судебных медиков. Задачи и пути совершенствования судебно-медицинской науки и экспертной практики в современных условиях. 21-24 октября 2013 г.: Под ред. д.м.н. А.В. Ковалева. - М., 2013. - том 1. - С. 295-296.
10. Справочник-путеводитель практикующего врача. 2000 болезней от А до Я. - М.: Геотар Медицина, 1999. - С. 374.
11. Хохлов В.В. Судебная медицина. Руководство. Издание третье (переработанное и дополненное). - Смоленск, 2010. - С. 245-246.

