

ПОСТИНТОКСИКАЦИОННОЕ АЛКОГОЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ КАК ФАКТОР РИСКА ОБОСТРЕНИЯ МНОГИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

**Б.К. ПАНФИЛОВ, В.И. МАЛЯРЧУК, Т.Г. ТРОЯНОВА, А.Б. ПОКРОВСКИЙ,
Л.Г. ЕЖОВА, Д.Л. ДОЛГОВ, Н.Е. БОРИСОВ, Г.Ф. ТЕРТЫЧНАЯ, М.С. ШЕХТМАН**

Кафедра внутренних болезней и фармакотерапии, кафедра общей хирургии РУДН.

117198 Москва, ул. Миклухо-Маклая д. 8 Медицинский факультет

Городская клиническая больница № 64. 117292 Москва, ул. Вавилова д. 61

Представлены семь случаев тяжелых соматических расстройств, развившихся на фоне алкогольной интоксикации: в пульмонологии - 2 случая, из которых в одном возникла пневмония, осложнившаяся абсцессом легкого с прорывом его в плевральную полость и развитием гангрены легкого, а в другом на фоне пневмонии развился алкогольный полиневрит; в кардиологии - 2 случая безболевых форм инфаркта миокарда, возникших на даче ("дачный" инфаркт миокарда); в гастроэнтерологии - 2 случая, один из которых с синдромом Мэллори - Вейса, а другой с обострением калькулезного холецистита и механической желтухой; в урологии - случай обострения атипично протекавшей аденомы предстательной железы. Все приведенные случаи закончились выздоровлением. Авторы обращают внимание всех врачей на необходимость тщательного обследования пациентов с алкогольным опьянением, у которых могут обостряться латентно протекающие заболевания.

Алкогольная болезнь подобно эпидемии охватила Россию во второй половине XX века, а с 90-х годов Россия стала лидировать по объему потребления алкоголя на душу населения, даже опередив Францию [11]. Алкогольная болезнь - это патология, сопровождающаяся поражением многих систем организма человека: ЦНС, органов дыхания и кровообращения, желудочно-кишечного тракта, печени и желчных путей, органов моче-выделения и др., существенно влияя на процессы старения [1, 2, 3, 5, 7, 8, 10, 11, 16, 17]. Только за последние 10 лет в связи с бурным употреблением алкогольных напитков стали заметно и прогрессивно возрастать смертельные исходы от целого ряда поражений внутренних органов, летальные исходы от которых наступают в 100% случаев (алкогольные психозы, алкогольное ожирение печени, алкогольный цирроз печени, алкогольная кардиомиопатия), а также от острого и хронического панкреатита, новообразований в горле, новообразований в пищеводе, туберкулеза легких и др. [6].

Работая на базе 64-й Городской больницы в течение нескольких десятилетий, а также в ряде других крупных клинических учреждений г. Москвы, мы многократно встречались с пациентами, находившимися в состоянии алкогольного опьянения с сопутствующими различными тяжелейшими осложнениями в пульмонологии, кардиологии, гастроэнтерологии, в хирургии, урологии, принимая самое активное участие в их спасении.

В ПУЛЬМОНОЛОГИИ. Несмотря на существенные успехи в лечении больных с воспалением легких, по данным ряда отечественных авторов только за предыдущее десятилетие заметно возросло число осложнений при пневмониях (почти в 2 раза) [9], а летальность от пневмоний на фоне алкогольной интоксикации за 5 лет с 1990г. возросла с 4,8% до 10,4% [11], особенно при злоупотреблении этанол-содержащих напитков [4, 5, 6, 12, 16]. При этом относительный риск смертельного исхода от пневмоний может составлять более 20% и от нагноительных заболеваний легких более 25 % [12]. Алкоголь может способствовать переходу острых пневмоний в хронические, развитию гипостатических пневмоний с затяжным течением, а также возникновению гнойно-некротических, деструктивных пневмоний, требующих хирургического лечения [4, 14]. Приводим случай собственного наблюдения.

БОЛЬНОЙ А., 53 лет, популярный артист кино поступил в терапевтическое отделение Центральной республиканской больницы РФ осенью 1961 года в полубессознательном состоянии на фоне алкогольного опьянения. Ранее пациент неоднократно наблюдался в этой больнице, поступая и в терапевтические, и в хирургические отделения в состоянии легкого опьянения. При осмотре состояние тяжелое, температура 38,9 °С, изо рта резкий запах алкоголя, питание резко снижено, заторможен. Дыхание учащено, в легких справа ниже угла лопатки масса мелкопузырчатых влажных хрипов. При выслушивании сердца отмечается тахикардия, ЧСС - 116 в мин., тоны громкие, АД=120/75 мм. рт. ст. Печень на 2 см. ниже края реберной дуги, болезненная при пальпации. В крови - лейкоциты - 10×10^9 в л. При рентгенологическом исследовании подтверждена нижнедолевая очаговая пневмония. В последующие дни, несмотря на активную проводимую терапию различными антибиотиками, состояние пациента продолжало прогрессивно ухудшаться. Оставалась постоянная лихорадка в 39,5-40,0 °С, сопровождавшаяся обильными потами, усилением кашля, возрастанием лейкоцитоза до 20×10^9 в л. При повторном рентгенологическом контроле был обнаружен абсцесс в нижней доле правого легкого.

Абсцесс скоро вскрылся в правую плевральную полость, и с эмпиемой плевры пациент был срочно переведен в хирургическое отделение, где вскоре был оперирован. Больному было удалено все правое оставшееся легкое, превратившееся в гнойную, гангренозную массу. В дальнейшем послеоперационный период протекал с осложнениями. Выписан был из больницы на 56 день после хирургического лечения. В дальнейшем наблюдался нами много лет, продолжая злоупотреблять алкогольными напитками.

В данном случае на фоне хронического алкоголизма у больного, доставленного в больницу с улицы в осеннее, холодное время (неизвестно, сколько времени он там пролежал), развилась гипостатическая пневмония, осложнившаяся абсцессом легкого, с прорывом гноя в плевральную полость. Только высочайшему профессионалу-пульмонологу-хирургу удалось спасти пациента от неминуемой гибели. Приводим еще один неординарный случай собственного наблюдения.

БОЛЬНОЙ М., 53 лет, был доставлен в терапевтическое отделение 64-й Городской больницы с пневмонией зимой 1979 года. Ранее постоянно злоупотреблял алкоголем. Заболел, будучи в состоянии алкогольного опьянения, и в течение нескольких дней находился дома. Ввиду присоединившегося кашля, одышки и высокой температуры был направлен в больницу. При осмотре состояние тяжелое, астенического телосложения, температура $38,5^{\circ}\text{--}39,0^{\circ}\text{C}$. В легких с обеих сторон всюду масса мелкопузырчатых хрипов. Частота дыхания 20-22 в мин, ЧСС-122-124 в мин., АД=105/70 мм рт.ст. Печень выступает на 2,5 см ниже края реберной дуги, безболезненная при пальпации. При рентгенологическом исследовании подтверждена тотальная двусторонняя очаговая пневмония. Лейкоциты крови – 12×10^9 в л. Через несколько дней пациент стал отмечать слабость в кистях и снижение мышечной силы, с трудом удерживал в руках стакан, неуверенно стал ходить, появились ощущения в конечностях в виде парестизий. Невропатологом и психиатром был диагностирован алкогольный полиневрит. Пневмония протекала очень тяжело и длительно, несмотря на комплексную терапию современными антибиотиками, проводимую дезинтоксикационную терапию, физиотерапию, лечебную физкультуру. Выписан из больницы через два месяца с остаточными явлениями алкогольного полиневрита.

Возможно, что парез конечностей у больного наступил в состоянии алкогольного запоя еще дома и на фоне общего тяжелого состояния в клинике сразу же не был распознан. Однако он сыграл существенную роль в неблагоприятном течении пневмонии и длительном пребывании пациента на больничной койке.

В КАРДИОЛОГИИ. При злоупотреблении алкоголем сердечно-сосудистая патология часто бывает представлена алкогольной кардиомиопатией, которая в последнее время все чаще диагностируется в результате использования детально разработанного метода сбора анамнеза у алкоголиков [7], изучения ЭКГ и, особенно, ЭХО кардиограммы [10, 11, 15]. По данным целого ряда исследователей кардиомиопатия может приводить к смертельному исходу [3], а по данным американских авторов алкогольная кардиомиопатия в 100% случаев приводит к смертельному исходу [6].

Наряду с кардиомиопатией у больных с алкогольной интоксикацией мы многократно в кардиологическом отделении 64 Городской больницы наблюдали и инфаркт миокарда (ИМ). Так, однажды во время обхода больных кардиологического отделения мы одновременно наблюдали 3-х пациентов с инфарктом миокарда, который развивался у них на даче на фоне приема больших доз алкогольных напитков. Мы назвали этот инфаркт миокарда **ДАЧНЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА**, который на наш взгляд имеет некоторые особенности. Приводим два случая собственных наблюдений.

БОЛЬНОЙ М., 42 лет, слесарь, поступил в кардиологическое отделение в конце августа 1993 года с жалобами на одышку при незначительных физических напряжениях, сердцебиение. Ранее заболеваниями сердца не страдал. В течение 20 лет ежедневно выкуривал до 20-25 папирос. Постоянно злоупотреблял алкоголем. Мог свободно выпивать более 0,5 литра водки за один раз. Однажды после такой выпивки на даче, 2 месяца тому назад, почувствовал впервые удушье, но к врачам не обращался, продолжая работать на приусадебном участке, употребляя алкогольные напитки. Всякий раз после приема алкоголя отмечал уменьшение одышки. В ночное время многократно беспокоило удушье, болей в сердце никогда не чувствовал. Все летнее время провел на даче. Приехав в Москву, решил обратиться к врачу. После снятия у него ЭКГ был сразу же направлен в кардиологическое отделение 64-й Городской больницы. В клинике при отсутствии болей в сердце отмечалась одышка, ослабление I-го тона сердца на верхушке и систолический шум. ЧСС=85-90 в мин. АД было на уровне 110/70 мм рт.ст., печень определялась ниже края реберной дуги на 2,5 см. Со стороны крови, мочи патологии не отмечено. На ЭКГ выявлен трансмуральный распространенный (в передне-септальной области левого желудочка) инфаркт миокарда, вероятно, перенесенный 2 месяца назад (на основании анамнеза). На ЭХО КГ фракция выброса (ФВ) составляла 43%, выявлялась обширная зона гипокинезии. После тщательного обследования пациент вскоре был направлен в загородную больницу на долечивание.

В данном случае весь острый и подострый период трансмурального инфаркта миокарда больной перенес на ногах, активно работая на приусадебном участке, продолжая все это время выпивать.

Приводим еще один случай собственного наблюдения.

БОЛЬНОЙ П., 49 лет, разнорабочий, поступил летом того же года в кардиологическое отделение по скорой помощи. Никаких жалоб не предъявлял. Из анамнеза было установлено, что 2 недели тому назад после обильной выпивки на приусадебном участке в московской области почувствовал одышку. Болей в сердечной области не было. Продолжал несколько дней работать, но потом стал отмечать сильные боли в животе, что послужило поводом к возвращению в Москву. Районным врачом был направлен в хирургическое отделение одной из московских клинических больниц с диагнозом острый холецистит. В хирургической клинике находился 10 дней, отмечался лейкоцитоз — 10×10^9 в л., лихорадка 38°C . После улучшения состояния был выписан в районную поликлинику под наблюдение хирурга. Хирургом был направлен к терапевту, а затем на ЭКГ, где у больного был установлен ИМ в задней стенке левого желудочка, и он был направлен сразу же в 64-ю Городскую больницу. Здесь у пациента был подтвержден ИМ. На ЭХО КГ ФВ была на уровне 48-50%. Через 2 недели больной был выписан в удовлетворительном состоянии в загородную больницу на долечивание.

Анализируя два приведенных случая обширных инфарктов миокарда, развившихся у пациентов на даче во время обильного злоупотребления алкоголем, невольно задаешься вопросом, а почему здесь возник ИМ без болей в сердечной области? На это легко ответить. В подобных случаях на фоне алкогольной интоксикации ИМ проявляется безболевой формой, ибо алкоголь в таких случаях действует как обезболивающее средство. На фоне алкоголя притупляются болевые ощущения не только в сердечной области, но и при значительных травмах, переломах костей. Поэтому в момент возникновения ИМ болевой период проходит незамеченным и пациент переносит эту патологию на ногах.

Что же касается второго случая, то в таких ситуациях хирург обязан был воспользоваться консультацией терапевта или сам направить больного на ЭКГ. Это сразу же помогло бы установить истинное заболевание и избежать грубейшей ошибки.

В ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИИ. Одним из наиболее грозных осложнений в хирургической гастроэнтерологии, возникающим на фоне чрезмерного употребления алкоголя, является синдром Мэллори-Вейса, который в 14,3% случаев может служить относительно высоким риском смертельного исхода [12]. В хирургической клинике он встречается почти ежемесячно на фоне алкогольной интоксикации. Однажды мы были свидетелями уникального случая, когда на фоне алкоголизма развился этот синдром, который едва не закончился летальным исходом. Только благодаря высокому профессионализму медицинского персонала (врачей, сестер, младшего медицинского персонала), особенно реанимационного отделения, пациента удалось спасти от неминуемой гибели. Вот его краткая история болезни.

БОЛЬНОЙ Ф., 49 лет, поступил в реанимационное отделение 64 Городской больницы в 1982 году по поводу желудочно-кишечного кровотечения. Пациент систематически злоупотреблял алкоголем. После длительного запоя у него неоднократно дома была рвота, иногда с примесью крови, черный стул, но пациент продолжал употреблять алкоголь. За это время он заметно ослаб и в тяжелейшем состоянии был доставлен в 64-ю больницу. При поступлении состояние крайне тяжелое, заторможен, резко ослаблен, питание снижено. Наблюдается резкая бледность кожных покровов и видимых слизистых, пастозность голеней. В легких масса сухих, свистящих хрипов; тоны сердца громкие, тахикардия. ЧСС=124-128 в мин., АД=100-90/60 мм рт.ст. Печень больших размеров с плотным нижним краем. Селезенку и почки прощупать не удалось. В рвотных массах примесь крови, стул дегтеобразный, черный. При полном обследовании выявлена анемия: Нв-40-45 г/л, общий белок-50-52%. При гастродуоденоскопии выявлен синдром Мэллори-Вейса. Наблюдается надрыл слизистой желудка кардиального его отдела длиной около 1,5-2 см. Больному произведено ушивание кровоточащей раны. В дальнейшем состояние больного из-за огромной кровопотери, длительной вторичной анемии, резкого белкового голодания ухудшалось в течение 66 дней, врачи реанимационного и хирургического отделений боролись за жизнь пациента. В реанимации он пробыл 33 дня, а остальное время находился в хирургическом отделении. За это время ему было перелито 33 литра цельной крови и 42 литра плазмы, помимо многочисленных вливаний электролитов, всевозможных растворов лекарственных смесей. Выписан в относительно удовлетворительном состоянии.

Нетрудно представить себе, какие расходы понесла больница при лечении этого пациента!

У другого больного на фоне злоупотребления алкоголем развилась патология ЖЕЛЧНЫХ ПУТЕЙ. В хирургические отделения после воскресных дней поступает почти всегда много пациентов, заболевания которых возникают на фоне алкогольной интоксикации. Наиболее часто встречается обострение желчнокаменной болезни, острый холецистит, острый панкреатит. Только по поводу холецисто-панкреатита ежегодно в 64-ю Городскую больницу поступает за последние годы 580-630 человек, из которых у мно-

гих это связано с употреблением алкогольных напитков. В настоящее время патология желчных путей является одной из главных проблем в хирургической практике, которая отодвигает острый аппендицит на второе место в абдоминальной хирургии. Ниже приводим случай собственного наблюдения.

БОЛЬНОЙ З., 75 лет, инвалид ВОВ II гр., поступил в хирургическое отделение 64-й Городской больницы 25 февраля 1998г. по поводу механической желтухи. Прежде никогда на болезни печени и желчных путей не жаловался. Ранее употреблял алкоголь по праздникам в небольших количествах. Страдает гипертонической болезнью много лет с подъемом АД выше 200-220/120 мм. рт. ст., а также энтеритом нижних конечностей. Ходит с трудом. Двадцать третьего февраля 1998 г. в кругу семьи выпил немного красного вина, и вскоре после этого у него развился приступ желчной колики и тогда же впервые появилась желтуха. Это и послужило поводом к госпитализации. При осмотре состояние средней тяжести, кожные покровы интенсивно желтушны, в легких дыхание везикулярное, хрипов нет; сердце с умеренно увеличенным левым желудочком. Тоны громкие, акцент II тона на аорте, систолический шум на аорте, ЧСС 78 в мин., АД=210-215/105 мм. рт. ст. на правом плече. Над брюшным отделом аорты выслушивается грубый систолический шум, проводящийся на подвздошные артерии. Пульс на подвздошных артериях, бедренных артериях, артериях голени и стоп с обеих сторон не прощупывается, конечности на ощупь холодные (синдром Лериша).

При полном клиническом обследовании установлен следующий диагноз: обострение хронического калькулезного холецисто-панкреатита, холедохолитиаз, механическая желтуха, желчная гипертензия II - III ст. гипертоническая болезнь II ст., церебросклероз, атеросклероз венечных сосудов, выраженный атеросклероз брюшного отдела аорты и нижних конечностей (с. Лериша). Больной дал согласие на оперативное лечение холецистита. Консилиум в составе терапевта, хирурга, анестезиолога дали согласие на оперативное вмешательство в плановом порядке. Оперирован успешно. После хирургического лечения холелитиаза сразу же нормализовалось АД, выписан из клиники на 15-й день.

В данном случае у пациента, инвалида II гр., после незначительной дозы алкоголя вскоре произошло обострение латентно протекавшего калькулезного холецисто-панкреатита. Трудности лечения этого больного осложнялись гипертонической болезнью и наличием синдрома Лериша.

Следовательно, алкоголь даже в небольшой дозе может провоцировать скрыто протекающие различные заболевания, которые могут являться существенным фактором операционного риска и, как в данном случае, по совокупности сосудистой патологии быть значительной угрозой для жизни больного.

УРОЛОГИЧЕСКАЯ ПАТОЛОГИЯ. В урологической клинике, так же как и в других хирургических клиниках, после воскресных дней наблюдается нередко значительное поступление больных, особенно престарелых с аденомой предстательной железы. Здесь алкоголь нередко может провоцировать обострение латентно протекающего заболевания [13]. Приводим случай собственного наблюдения.

БОЛЬНОЙ Б., 66 лет, поступил в урологическое отделение 64-й Городской больницы 15 ноября 1998 года по поводу острой задержки мочи. Ранее заболеваниями системы мочевыводящих путей не страдал. Мочился свободно. Выпивал часто, но не в больших количествах. Двенадцатого ноября, отмечая свой день рождения в кругу родных, выпил более 300-400 грамм водки и в течение всего вечера не смог помочиться. Был вынужден обратиться к врачу в поликлинику, который посредством катетера эвакуировал более 1,5 литра мочи. Далее в последующие дни самостоятельно не мог помочиться, в связи с чем вынужден был несколько раз обращаться за помощью в поликлинику, где каждый раз ему через катетер удалялось более 1,5-2,0 литров мочи. Пятнадцатого ноября 1998 года обратился в 64-ю Городскую больницу, где пациенту сразу же был наложен надлобковый свищ, и он был госпитализирован в урологическое отделение. В прошлом заболеваниями сердца и легких не страдал. К врачам обращался редко. При осмотре - астенического телосложения, в легких с обеих сторон дыхание везикулярное, хрипов нет. Сердце в размерах не увеличено, тоны четкие, шумов нет, ЧСС 82 в мин., ритм правильный, АД=115/80 мм. рт. ст. Живот мягкий, печень, селезенка, почки не пальпируются; мочеиспускание осуществляется через катетер, установленный в надлобковом свище. На УЗИ аденома предстательной железы II ст. (предстательная железа увеличена в 2-2,5 раза). На рентгенограмме грудной клетки - легочные поля прозрачны, синусы свободны, сердце в размерах не увеличено, аорта слегка уплотнена. На ЭКГ сегмент ST в первом стандартном отведении и в отведении AVL резко приподнят кверху от изоэлектрической линии, который после наложения надлобкового свища на повторной ЭКГ возвратился к исходному уровню (уро-кардиальный синдром). При полном обследовании патологии со стороны биохимических показателей не отмечено. Больной под спинно-мозговой анестезией подвергся аденомэктомии.

В данном случае алкоголь в большой дозе у пожилого человека спровоцировал задержку мочи при латентно протекающей аденоме предстательной железы. Вместе с тем у пациента на ЭКГ был выявлен урокардиальный синдром - электрокардиографический вариант, который был обусловлен рефлекторно-токсическими влияниями и повышением давления в системе мочевыводящих путей. Подобные нарушения со стороны сердечно-сосудистой системы мы уже ранее наблюдали среди больных урологического отделения [13].

Итак, при злоупотреблении алкогольными напитками и даже в случаях приема их в небольших дозах возможны обострения заболеваний со стороны самых различных систем и органов, особенно у престарелых. Поэтому важно знать, что при поступлении пациента в состоянии алкогольного опьянения не всегда следует его расценивать как алкоголика, а тщательно обследовать для выявления скрытых, латентно протекающих заболеваний. При этом лица, доставленные с улицы, где они могут находиться в холодное время по несколько часов, требуют более внимательного отношения со стороны врача. Их нужно тщательно обследовать инструментально (рентген грудной клетки, ЭКГ, ЭХО-КГ, УЗИ желчных и мочевых путей), и лабораторно. Алкоголизм - это болезнь, которую нужно научиться предупреждать. "Ведь алкогольная зависимость лечится, но редко когда вылечивается" [11].

Литература

1. Авишаров М.Л. Сравнение результатов мочегонной терапии и лечебных парацетезов при циррозах печени алкогольного генеза. Диссер. канд. мед. наук. - М. 1998. - С. 110.
2. Валентик Ю.В. К современной концепции алкоголизма и зависимости от алкоголя // Новости науки и техн., Сер. Мед. Вып. Алкогольная болезнь/ ВИНТИ - 1998. - № 2. - С. 1-4.
3. Васильев Ф.Г. Стратегия деятельности в отношении алкоголя в республике Молдова на современном этапе // Вопросы наркологии. - 1997. - № 1. - С. 21-26.
4. Клячкин Л.М., Кириллов М.М., Косыгина А.М. Клинические варианты абсцедирующих и деструктивных пневмоний. Тр. 2-го московск. мед. института. Острые пневмонии. - М. 1980. - С. 5-10.
5. Колганова Н.А. Диспансеризация больных острой пневмонией. Труды 2-го московск. мед. Института. Острые пневмонии. - М. 1980. - С. 92-94.
6. Лехото Ю. Процент смертей, обусловленных алкоголем в США, по данным центров по контролю за заболеваемостью в 1991 году. Цит. по В. П. Нужному. Проблема алкогольной болезни // Новости науки и техн. Сер. Мед. Вып. Алкогольная болезнь/ ВИНТИ - 1998. - № 6. - С. 1-7.
7. Моисеев В.С. Маркеры алкогольной болезни// Новый медицинский журнал. - 1996. - № 3-4. - С. 24-27.
8. Моисеев В.С., Огурцов П.П. Старение и алкоголь. В кн. Геронтология. - М. 1998. - том 2. - С. 20-39.
9. Мохнаткина Н.С., Ковальчук Е.И., Кокарева О.И. К вопросу о клинической характеристике осложнений у больных острыми пневмониями. Труды 2-го московского медицинского института. Острые пневмонии. - М. 1980. - С. 43-44.
10. Мухин Н.А., Моисеев В.С. Основы клинической диагностики внутренних болезней. - М. 1997. - С.238-239.
11. Огурцов П.П. Об угрозе гибели не только люмпенов, но и нации в целом // Медицинская газета. - 1996. - №14. - С. 8-9.
12. Огурцов П.П. Скрытые потери здоровья населения и бюджета здраво-охранения РФ от хронической алкогольной интоксикации (алкогольной болезни) // Новости науки и техн. Сер. Мед. Вып. Алкогольная болезнь / ВИНТИ - 1998. - № 6. - С. 8-21.
13. Панфилов Б.К., Шехтман С.Н., Шехтман М.С., Шелетин А.А. Алкоголь и уро-кардиальная патология // Новости науки и техн. Сер. Мед. Вып. Алкогольная болезнь // ВИНТИ - 1998. - № 2. - С. 4-7.
14. Ромашов Ф.Н., Бычков В.А. Острые нагноительные заболевания легких и плевры. - М. 1983. - С. 6.
15. Сумароков А.В., Моисеев В.С. Клиническая кардиология (руководство для врачей). - М. 1995. - С.113-120.
16. Тареев Е.М., Сумароков А.В., Мухин Н.А., Моисеев В.С., Михайлов А.А., Тареева И.Е., Козловская Л.В. Внутренние болезни (под редакцией А.В. Сумарокова). - 1993. - том I. - С. 191; 518-520; том II. - С. 128.
17. Тиали Абдель Мальк. Портальная гастропатия и роль ингибиторов ангиотензин-превращающего фермента в ее лечении у больных с циррозом печени алкогольного генеза. Диссерт. канд. мед. наук. - М. 1997. - С. 91.

POSTINTOXICATION STATE USAGE INDUCED BY ALCOHOL ABUSE IS A RISK FACTOR IN SOME SOMATIC DISORDERS

**B.K.PANFILOV, V.I. MALIARTCHOUK, T.G. TRAYANOVA, A.B. POKROVSKI,
L.G. EJOVA, D.L. DOLGOV, N.E. BORISOV, G.F. TERTYTCHNAIA,
M.S. CHEKHTMAN**

Department of Internal Medicine and Clinical Pharmacology, Department of General Surgical
of Russian People's Friendship University (Moscow. 117198. Miklucho-Maklay str., 8).
Municipal hospital №64 (Moscow. 117292. Vavilova str., 61).

Seven cases of somatic disorders that were developing on a hum noise of the alcoholic intoxication are described. In pulmonary area, 2 cases are shown, among them a pneumonic fever has arisen in one case, being aggravated by the pulmonary tissue abscess followed with its breaking into the pleural space and with the development of the pulmonary gangrene; while the alcoholic poli-neuritis has appeared on a hum noise of the pneumonia in the

second case. *In cardiology*, 2 cases of myocardial infarct in painless form arisen in summer residence are presented. *In gastroenterology*, 2 cases are illustrated, one of them with the Mallory-Waiss syndrome, while the second is aggravated by the calculary cholecystitis and mechanical hepatitis. *In urology*, a case is shown of an aggravation of the atypically developed prostate adenome. All the cases have been completed by recovery of the patients. The special attention of the doctors is attracted to the necessity of a careful inspection of the patients with alcoholic intoxication, which latent diseases can be aggravated.