3. Аккер, Л. В. Клинические и метаболические последствия хирургической и естественной менопаузы и их гормональная коррекция / Л. В. Аккер, А. П. Павлова, А. И. Гальченко // Рос. вестн. акушера-гинеколога. — 2007. — № 1. — С. 46–51.

4. Mendelsohn, M. E. Hormone replacement therapy and the cardiovascular system : 2005 update / M. E. Mendelsohn // Human Reproduction. 12th World Congress / eds. by. A. R. Genazzani, J. Schenker, P. G. Artini, T. Simoncini. — Venice, March 10–13, 2005. — P. 102–104.

5. Koh, K. K. Should progestins be blamed for the failure of hormone replacement therapy to reduce cardiovascular events in randomized controlled trials? / K. K. Koh, I. Sacuma // Arterioscler. Tromb. Vasc. Biol. — 2004. — № 24. — P. 1171–1179.

6. Effect of a New Hormone therapy, DRSP and 17 b-E2 in postmenopausal women with hypertension / W. B. White [et al.] // Hypertension. — 2006. — № 48. — P. 1–8.

БЕСМАН Ирина Владимировна, аспирантка кафедры акушерства и гинекологии № 2.

РУДАКОВА Елена Борисовна, доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой акушерства и гинекологии № 2.

Адрес для переписки: e-mail: ibesman@mail.ru

Статья поступила в редакцию 18.08.2010 г.

© И. В. Бесман, Е. Б. Рудакова

УДК 616.12:613.81+613.83-053.8

М. В. БОГЗА
В. В. СОРОКИНА
В. П. КОНЕВ
А. В. СУБОЧ

Омская государственная
медицинская академия

Бюро судебно-медицинской
экспертизы, г. Омск

ПУТИ ДИФФЕРЕНЦИАЦИИ АЛКОГОЛЬНОЙ И НАРКОТИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИИ У МОЛОДЫХ ЛИЦ

На основании проведенных исследований установлено, что патология сердечно-сосудистой системы у лиц, злоупотребляющих наркотическими веществами, представлена острыми расстройствами микроциркуляции, явлениями кардиосклероза артерий, признаками фибрилляции сердца и дистрофическими повреждениями кардиомиоцитов, которые рассматриваются как проявление наркотической кардиомиопатии, являющейся одной из важнейших составляющих причин смерти при данной патологии.

Ключевые слова: патоморфология сердца, наркотическая интоксикация, алкогольная интоксикация.

На сегодняшний день, по данным мировой статистики, смертность от злоупотреблений спиртными напитками уступает лишь травмам, сердечно-сосудистым и онкологическим заболеваниям [1]. Ситуация, связанная с потреблением наркотических веществ, за последние 10 лет значительно ухудшилась и смертность лиц с признаками употребления наркотических веществ приближается к смертности от злоупотребления алкоголем и его суррогатами [2].

По данным литературы, развитию наркотической зависимости в ряде случаев предшествует злоупотребление алкоголем, что может объясняться общностью этиопатогенетических механизмов обоих заболеваний [3]. Алкоголизация у страдающих опийной наркоманией лиц может возникать и в период воздержания от приема наркотиков. [4]. В случаях же смерти от хронической алкогольной и наркотической интоксикации важную роль играет патология сердца. Однако дифференцировка алкогольной и наркотической кардиомиопатии достаточно проблематична. Это обусловлено, с одной стороны, ограниченностью

данных о собственно опийном поражении сердечно-сосудистой системы, в то время как обширно и разнообразно изложены вопросы осложнений наркомании, вызванных экзогенным инфицированием при введении наркотика, и с другой — проблемами выделения алкогольной кардиомиопатии из общей массы кардиомиопатии иного генеза [5].

Учитывая вышеуказанное, целью работы является выделение четких макроскопических и микроскопических поражений сердца в случаях как алкогольной, так и хронической наркотической интоксикации. Работа основана на анализе 100 секционных наблюдений лиц, погибших при явлениях хронической алкогольной интоксикации, и 96 наблюдений лиц, погибших при явлениях хронической наркотической интоксикации опиатными производными.

При хронической наркотической интоксикации масса сердца колебалась от 280 до 360 граммов, т. е. в целом не выходит за пределы нормы.

При морфологическом исследовании сердца и сосудов у лиц, употребляющих наркотические веще-

ства, наблюдалась слабая выраженность атеросклероза при наличии макроскопически выявляемых очагов кардиосклероза. Так, стенозирующий атероматоз коронарных артерий встречался всего в 20,1 % случаев. Клапанный и пристеночный эндокард сохранял обычную структуру, однако клапаны сердца и фиброзные кольца подвергались миксоматозной дегенерации соединительной ткани.

В миокарде наблюдались мелкоочаговые, местами диффузные дистрофические изменения мышечных клеток, мелкоочаговый рабдомиолиз. Признаки миокардита с наличием мелкоочаговых продуктивных воспалительных инфильтратов отмечены в восьми наблюдениях, картина кардиомиопатии различной степени интенсивности прослеживалась в 19 исследованиях.

Отличительной особенностью патологии сердечно-сосудистой системы «внутривенных» наркоманов является высокая частота инфекционных поражений сердечно-сосудистой системы. Данный вид патологии представлен бактериальным эндокардитом (11,9 %) с проявлениями на трехстворчатом клапане и мелкоочаговыми эндокардитами (3,9 %). Бактериальный эндокардит наркоманов чаще всего вызывается золотистым и зеленым стафилококком. Пристеночный эндокардит выявляли в виде отложений мелких тромбов по поверхности эндокарда без деформации клапана. Кроме того, в наблюдениях септического бактериального эндокардита в сердечной мышце встречаются микроабсцессы на фоне диффузного продуктивного миокардита и деструктивных васкулитов. На клапанах в зоне бородавчатых тромботических наложений отмечается лейкоцитарная инфильтрация, зоны грануляционной ткани, поля дистрофического обезвреживания и колоний микроорганизмов. Клапан при этом фиброзирован и в значительной мере деформирован. Помимо этого в миокарде наблюдали распространенные мелкоочаговые дистрофические изменения мышечных клеток, мелкоочаговый рабдомиолиз, жировую трансформацию миоцитов. Признаки миокардита с наличием диффузных продуктивных воспалительных инфильтратов отмечены в 68 наблюдениях, картину кардиомиопатии различной степени интенсивности прослеживали в 60,9 % исследований. Бактериальный эндокардит сопровождается распространенными васкулитами, поражающими практически все органы и системы, придающими болезни характер универсальной сосудистой патологии.

У лиц с признаками хронической алкогольной интоксикации патология сердца в 100 % случаев была представлена дилатационной кардиомиопатией, получившей название алкогольной кардиомиопатии (АКМП). При хронической алкогольной интоксикации патоморфологическими признаками АКМП являются кардиомегалия до 400–450 граммов, миогенная дилатация полостей сердца, дряблость миокарда, тусклый, глинистый вид на продольных срезах, множественные мелкие очаги кардиосклероза, слабая выраженность атеросклероза коронарных артерий, а также признаки фиброза и ожирения эпи- и эндокарда.

Патологии клапанов сердца у лиц, злоупотребляющих алкоголем, а также изменений со стороны коронарных артерий и аорты не было зарегистрировано. Изменения коронарных артерий и аорты характеризовались только начальной стадией атеросклероза — явления липосклероза преимущественно в устьях артерий.

Поражение околососудистого русла интрамуральных сосудов сердца при АКМП выглядело свое-

образно. Прежде всего обращало на себя внимание отсутствие грубых деструктивных изменений, характерных для ишемической болезни сердца. При сохранности его общей архитектоники и относительной интактности стенок сосудов отмечались признаки, указывающие на адаптивную перестройку системы. Это проявлялось в виде сужения или паретического расширения как параартериальных, так и паравенозных сосудов на участках различной протяженности, изменением их диаметра, формы сосудистых петель, несоответствием параартериального русла паравенозному. Отсутствие деструктивных изменений стенки сосудов указывает на то, что при АКМП изменения функционального состояния околососудистого пространства являются не результатом непосредственного токсического воздействия этанола на сосудистую стенку, а отражают изменения регуляции тонуса этих сосудов. Их причиной может быть токсическое воздействие на нервный аппарат или необходимость адаптации кровеносной системы сердца к экстремальным условиям, обусловленным длительным токсическим воздействием этанола.

Гистологически алкогольная кардиомиопатия отличается от наркогенной более выраженной жировой дистрофией миокарда. Так отмечается появление очагов жировой ткани в интерстиции миокарда и периваскулярно в стенке левого желудочка, межжелудочковой перегородки вплоть до субэндокардиальных слоев, мелкоочаговый склероз миокарда, деструкция митохондрий. Жировая дистрофия миокарда и атрофия кардиомиоцитов чередовались с неравномерной гипертрофией мышечных волокон и их выраженной фрагментацией, отмечались кистоматозные расширения кардиомиоцитов, атрофия миофибрилл, как результат наслаивающихся атак острой алкогольной интоксикации с микроциркуляторными расстройствами. Такой часто регистрируемый признак как жировая дистрофия кардиомиоцитов, представленная мелкими каплями кислых липидов и располагающаяся вдоль пучков миофибрилл, образуя множественные цепочки в саркоплазме кардиомиоцитов, указывает на хроническую интоксикацию алкоголем.

Явления кардиосклероза при АКМП были незначительными и только местами определялись очаги нежного сетчатого периваскулярного или субэндокардиального склероза. В случае же наркогенной кардиомиопатии при применении окрасок пикрофуксином по Ван-Гизону и по Маллори в 19,6 % случаев встречаются признаки диффузного кардиосклероза в виде прослоек соединительной ткани различной степени зрелости, разделяющих пучки кардиомиоцитов или оплетающих отдельные волокна. В 33 % наблюдений имеется мелко- и крупноочаговый кардиосклероз.

Проводя дифференциацию патологии сердечно-сосудистой системы у лиц с признаками хронической алкогольной интоксикации и признаками хронической наркотической интоксикации, общим является дилатация камер сердца, встречающаяся лишь в 32,4 % наблюдений, могла быть связана как с фибриляцией желудочков сердца в финале, так и поражением сердечной мышцы кардиомиопатией как алкогольного, так и наркогенного генеза. Фиброзные кольца клапанов сердца были дилатированы, при этом створки трикуспидального и митрального клапанов не смыкались, были немного утолщены, белесоватого цвета (табл. 1).

Таким образом, патология сердечно-сосудистой системы у лиц, злоупотребляющих наркотическими

Критерии дифференциации алкогольной и наркотической кардиомиопатии

Признаки	Алкогольная кардиомиопатия	Наркотическая кардиомиопатия
Масса сердца	400 – 500 г	280 – 360 г
Кардиосклероз	Крупноочаговый	Мелкоочаговый
Тип дистрофии миокарда	Жировая дистрофия	Атрофия
Инфекционные поражения	в 14 % случаев	в 63 % случаев
Мезенхимальное ожирение	в 72 % случаев	в 23 % случаев
Околососудистое русло	Нарушение архитектоники с явлениями деструктивных изменений	Сохранность архитектоники без грубых деструктивных изменений

веществами, представлена острыми расстройствами микроциркуляции, явлениями кардиосклероза и дистрофическими повреждениями кардиомиоцитов, что рассматривается как проявление наркотической кардиомиопатии, которая и является одной из важнейших составляющих причин смерти при данной патологии. Танатогенез при этом реализуется по типу внезапной сердечной смерти, в связи с формированием жизнеугрожающих тахикардий, приводящих к асистолии. Кроме того, важную роль в структуре летальности от «внутривенной» наркомании занимают инфекционные поражения сердечно-сосудистой системы, представленные картиной бактериального эндокардита. Танатогенез при данном виде патологии реализуется посредством развития ангиогенного сепсиса.

В свою очередь патология сердечно-сосудистой системы у лиц, хронически злоупотребляющих алкоголем, представлена алкогольной кардиомиопатией, которая и является одной из важных составляющих причин смерти алкоголиков. Танатогенез при данном виде патологии реализуется путем формирования на ранних стадиях течения АКМП жизнеугрожающих тахикардий, приводящих к асистолии и гибели от острой коронарной недостаточности, а также путем формирования тяжелой хронической сердечно-сосудистой недостаточности на поздних стадиях развития патологии.

Библиографический список

1. Федотова, Г. П. Алкоголь и смертность — ориентировочная оценка на популяционном уровне / Г. П. Федотова // Здоровье населения и среда обитания : информационный бюллетень. — 2006. — № 1. — С. 29 – 35.

2. Бисалиев, Р. В. Анализ причин смертности больных опийной наркоманией / Р. В. Бисалиев // Наркология. — 2006. — № 11. — С. 596–1.

3. Клинико-морфологические параметры героиновой наркомании и связанной с ней патологией / Ю. В. Солодун [и др.] // Судебно-медицинская экспертиза. — 2001. — № 6. — С. 6–10.

4. Пауков, В. С. Патологическая анатомия пьянства и алкоголизма / В. С. Пауков, Ю. А. Ерохин // Архив патологии. — 2004. — № 4. — С. 3–9.

5. Пермяков, А. В. Патоморфология и танатогенез алкогольной интоксикации / А. В. Пермяков, В. И. Витер. — Ижевск : Экспертиза, 2002. — 91 с.

БОГЗА Максим Викторович, аспирант 3-го года обучения кафедры судебной медицины с курсом правоведения Омской государственной медицинской академии.

СОРОКИНА Вероника Владимировна, кандидат медицинских наук, доцент кафедры судебной медицины с курсом правоведения Омской государственной медицинской академии.

КОНЕВ Владимир Павлович, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой судебной медицины с курсом правоведения Омской государственной медицинской академии.

СУБОЧ Андрей Васильевич, судебно-медицинский эксперт Бюро судебно-медицинской экспертизы. Адрес для переписки: 644043, г. Омск, ул. Партизанская, 20.

Статья поступила в редакцию 18.08.2010 г.

© М. В. Богза, В. В. Сорокина, В. П. Конев, А. В. Субоч

Книжная полка

Реабилитация при заболеваниях сердечно-сосудистой системы / ред. И. Н. Макарова. — М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. — 295 с. — (Библиотека врача-специалиста).

Профилактика и восстановительное лечение пациентов с заболеваниями сердечно-сосудистой системы — одно из важнейших направлений отечественной медицины. В данной книге представлены основные лечебно-профилактические немедикаментозные методы (диетотерапия, психотерапия, физиотерапия, лечебная физкультура, массаж), которые могут использоваться самостоятельно или в сочетании с лекарственными препаратами. Особое внимание отводится клинико-физиологическому обоснованию применения каждого из методов, а также их роли на разных этапах лечения. Одна из глав посвящена санаторно-курортному лечению, которое традиционно рассматривают как третий этап лечения больных в системе оказания медицинской помощи «поликлиника — стационар — санаторий». Книга представляет интерес для врачей различных специальностей, особенно для кардиологов, врачей восстановительной медицины, физиотерапевтов, психотерапевтов, диетологов, врачей и инструкторов-методистов по лечебной физкультуре, курортологов.