

М. К. Недзведь, Н. В. Пилипчук, С. А. Гузов

ПРИЧИНЫ СМЕРТИ БОЛЬНЫХ, СТРАДАВШИХ АЛКОГОЛИЗМОМ

УО «Белорусский государственный медицинский университет»

Проанализированы причины смерти 146 пациентов, страдавших различными формами алкоголизма. Цель исследования – установить наиболее тяжелые смертельные осложнения, связанные со злоупотреблением алкоголя. Исследование выполнено на основе материалов аутопсий из двух медицинских учреждений: УЗ «Березовская ЦРБ им. Э. Э. Вержбицкого» (94 наблюдения) и ГУ «РНПЦ психического здоровья» (52 наблюдения) в течение 2008–2018 гг. На основе макроскопического и микроскопического исследования с использованием общих и нейростологических методик выявлены формы алкогольной болезни, наиболее часто ведущие к смерти пациентов: печеночная, сердечная, панкреатическая. Изучены нечасто встречающиеся, но имеющие грозное течение, причины смерти при хроническом алкоголизме: понтийный миелинолизис, болезнь Маркиафава-Биньями. Отмечено, что причиной смерти больных хроническим алкоголизмом в настоящее время, кроме типичных осложнений (алкогольный делирий, энцефалопатия Гайе-Вернике, алкогольная энцефалопатия, понтийный миелинолизис, болезнь Маркиафава-Биньями), являются тяжелые изменения печени, сердца, легких и поджелудочной железы. Подробно рассмотрены морфологические изменения поджелудочной железы, которые встречаются как при алкогольной болезни, так и при хроническом алкоголизме: острый и хронический панкреатит, геморрагический панкреонекроз.

Ключевые слова: алкогольная болезнь, хронический алкоголизм, осложнения, острый и хронический алкогольный панкреатит, геморрагический панкреонекроз.

M. K. Nedzvedz, N. V. Pilipchuk, S. A. Guzov

REASONS FOR DEATH OF PATIENTS AFFECTING ALCOHOLISM

The results of 146 autopsies who died from complications of alcoholism were analyzed. The forms of alcoholic disease, most often leading to the death of patients, were identified. Studied infrequently, but having a menacing course, the causes of death in chronic alcoholism. The pancreatic form of alcoholic disease is examined in detail. The causes of death of 146 patients suffering from various forms of alcoholism are analyzed. The objective of the research is to identify the most serious fatal complications associated with alcohol abuse. The study was performed on the basis of autopsy materials from two medical facilities: Central District Hospital named E. E. Verzhbitsky (94 observations) The state institution “Republican Research and Practice Center for Mental Health” (52 observations) during 2008–2018. On the basis of macroscopic and microscopic studies using general and neuro-histological methods, the forms of alcoholic disease that most often lead to the death of patients were identified: hepatic, cardiac, pancreatic. The causes of death in chronic alcoholism, which are infrequently encountered, but have a formidable course, were studied: Central pontine myelinolysis (CPM), Marchiafava–Bignami disease. It is noted that the cause of death of patients with chronic alcoholism at present, in addition to typical complications (alcoholic delirium, Gayet-Wernicke encephalopathy, Alcoholic encephalopathy, Central pontine myelinolysis (CPM), Marchiafava–Bignami disease), are severe changes in the liver, heart, lungs and pancreas. The morphological changes in the pancreas that are found in both alcoholic disease and chronic alcoholism are examined in detail: acute and chronic pancreatitis, hemorrhagic pancreatic necrosis.

Key words: alcoholic disease, chronic alcoholism, complications, alcoholic pancreatitis, hemorrhagic pancreatic necrosis.

Важной медико-социальной проблемой нашего времени является злоупотребление спиртными напитками и последующие связанные с ними осложнения. В 30 %

случаев смерть в трудоспособном возрасте вызвана пагубным употреблением алкоголя [3]. По данным ВОЗ в мировом рейтинге стран по употреблению алкоголя на душу на-

селения за 2018 год Республика Беларусь заняла 27-е место. Так, смертность от алкоголизма в Республике Беларусь составляет 42,2 на 100 тысяч населения, от острых отравлений алкоголем – 14,4 [4]. Анализ осложненный хронического алкоголизма, проведенный в 1995 году [5] показал, что чаще всего больные умирали от алкогольного делирия, осложненного бронхопневмонией и в единичных случаях от энцефалопатии Гайе-Вернике [8]. Из изменений внутренних органов на аутопсии чаще встречался жировой гепатоз [5, 10]. Большинство пациентов, употребляющих спиртные напитки, долгое время отказывается признавать наличие у них алкогольной зависимости, что способствует прогрессированию проявлений алкоголизма [2]. В связи с несвоевременным обращением за медицинской помощью алкогольная зависимость диагностируется в поздней стадии, когда патологические изменения органов и головного мозга [1, 6, 9], связанные с хронической алкогольной интоксикацией, бывают выражены в значительной степени.

Цель работы

Проанализировать причины смерти больных с хронической алкогольной интоксикацией, проявляющейся алкогольной болезнью и хроническим алкоголизмом и умерших от осложнений, связанных со злоупотреблением алкоголем. Подробно рассмотреть панкреатическую форму алкоголизма, как наиболее тяжелое и грозное проявление заболевания.

Материалы и методы

Материалом исследования явились протоколы вскрытия, посмертные эпикризы и гистологические препараты 146 умерших из двух медицинских учреждений: УЗ «Березовская ЦРБ им. Э. Э. Вержбицкого» (94 наблюдения) и ГУ «РНПЦ психического здоровья» (52 наблюдения) в течение 2008–2018 гг., умерших от осложнений алкоголизма в возрасте 26–78 лет (средний возраст – 52 года). Изученные наблюдения хронической алкогольной интоксикации были разделены на две группы:

1) алкогольная болезнь (соматические нарушения без психических изменений); 2) хронический алкоголизм (поражения центральной нервной системы в сочетании с патологией внутренних органов).

Группа алкогольная болезнь была представлена 79 наблюдениями: возраст от 30 до 77 лет, 62 мужчины (78,5 %) и 17 женщины (21,5 %).

Хронический алкоголизм – 67 случаев: возраст от 26 до 75 лет; из них: 59 мужчин (88 %) и 8 женщин (12 %).

При изучении особое внимание обращалось на морфологические изменения головного мозга, легких, печени, сердца и желудка, в соответствии с формами алкогольной болезни, указанных в МКБ-10. Исследовались гистологические препараты, окрашенные гематоксилин-эозином, пикрофуксином по Ван-Гизону, на миелин по Клювер-Баррера.

Результаты и обсуждение

При изучении 79 наблюдений алкогольной болезни отмечены морфологические изменения всех исследованных органов. Однако, по преобладанию поражения и причинам смерти выделены следующие формы этого заболевания: печеночная форма – 48 наблюдений (60,75 %), сердечная формы – 21 наблюдение (26,58 %) и панкреатическая форма – 10 случаев (12,65 %).

Так, печеночная форма была представлена выраженным жировым гепатозом и алкогольным гепатитом. Крупнокапельная жировая дистрофия обнаруживалась в 70–90 % всех гепатоцитов. Макроскопически печень выглядела увеличенной, охряно-желтого цвета («гусиная печень»). При алкогольном гепатите на фоне жировой дистрофии часто встречались скопления алкогольного гиалина (тельца Мэллори), а также умеренная инфильтрация сегментоядерными лейкоцитами перисинусоидальных пространств. В 8 случаях печеночной формы был диагностирован мелкоnodулярный алкогольный цирроз печени, который в 6 из них осложнился печеночной недостаточностью. Смертельное кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода имело место в одном наблюдении, во втором –

смерть наступила в результате желудочного кровотечения (синдром Мэллори-Вейса).

Основной причиной смерти при сердечной форме (21 наблюдение) явилась прогрессирующая алкогольная кардиомиопатия, осложнившаяся острой или хронической сердечно-сосудистой недостаточностью.

Панкреатическая форма алкогольной болезни была представлена острым алкогольным панкреатитом (8 наблюдений) и двумя случаями тотального панкреонекроза.

Вторую группу умерших при алкогольной интоксикации составили 67 наблюдений хронического алкоголизма, отличительной особенностью которой являлось преимущественное поражение головного мозга. Наряду с этим, в этой группе имели место изменения внутренних органов: хронический атрофический гастрит, алкогольная дилатационная кардиомиопатия, жировой гепатоз и алкогольный цирроз печени, алкогольный индуративный панкреатит и панкреонекроз.

Особо опасными и редкими осложнениями хронического алкоголизма являлись: энцефалопатия Гайе-Вернике – 2 наблюдения, понтийный миелолизис – 3 наблюдения, болезнь Маркиафава-Биньями – 2 наблюдения.

Морфологически энцефалопатия Гайе-Вернике характеризовалась множественными мелкими кровоизлияниями по ходу стволых отделов, преимущественно периакведуктальной и в субэпендимальной (III желудочек) зоне. Понтийный миелолизис представлял собой демиелинизацию проводящих путей моста и других отделов ствола головного мозга. При болезни Маркиафава-Биньями имел место некроз мозолистого тела.

В 12 случаях хронический алкоголизм осложнился развитием алкогольного делирия, который морфологически проявлялся мелкими периваскулярными кровоизлияниями в коре больших полушарий, белом веществе и в области подкорковых ядер. Указанные изменения сопровождалось выраженными признаками отека-набухания головного мозга с вклиниванием миндалин мозжечка и продолговатого мозга в большое затылочное отвер-

стие. В 7-ми наблюдениях алкогольный делирий осложнился двусторонней гнойной бронхопневмонией.

48 наблюдений хронического алкоголизма характеризовались клинико-морфологическими признаками алкогольной энцефалопатии, которая представляла собой медленно прогрессирующий атрофический процесс в коре больших полушарий головного мозга, а в трех случаях вплоть до появления клинических признаков деменции. Микроскопически отмечена прогрессирующая гибель ганглиозных клеток (гиперхромно сморщенные нейроны, клетки-тени) преимущественно коры больших полушарий с истончением последней и незначительный диффузный глиозом белого вещества головного мозга. Также обращали на себя явления артериологалиноза и артериосклероза сосудов.

В 18 случаях в группе хронического алкоголизма основной причиной смерти явилась одно- или двусторонняя крупозная пневмония, которая была расценена как основное заболевание на фоне хронического алкоголизма. Этиологически в 14 наблюдениях крупозная пневмония была вызвана *Klebsiellapneumoniae*, в двух – *Streptococcus pneumoniae* и в двух – пневмококками. В 2-х случаях крупозная пневмония осложнилась развитием гангрены легкого, в 4-х – абсцедированием с развитием фибринозно-гнойного плеврита, а в одном – пневмококковым менингоэнцефалитом. Следует отметить, что из-за недостаточного обследования в 20 % случаев смерти больных алкоголизмом острые пневмонии не диагностируются [7].

У 12 умерших с алкогольной энцефалопатией преобладали морфологические изменения сердца в виде алкогольной кардиомиопатии. Смерть больных наступила от острой (5 наблюдений) или хронической (7 наблюдений) сердечно-сосудистой недостаточности.

У 5 умерших на аутопсии был установлен алкогольный цирроз печени (мужчины 35, 43, 47, 59 и 73 года). У мужчин 43 и 47 лет смерть наступила от прогрессирующей печеночной недостаточности. В трех случаях печеноч-

ная недостаточность сочеталась в сердечно-сосудистой, обусловленной кардиомиопатией и двусторонней бронхопневмонией.

В двух наблюдениях с клиническими проявлениями алкогольной энцефалопатии диагностирован острый алкогольный панкреатит с некрозами, окружающей поджелудочную железу, жировой клетчатки. Морфологически заболевание характеризовалось появлением серозного экссудата в строме и паренхиме поджелудочной железы с примесью эритроцитов и сегментоядерных лейкоцитов. Наряду с этим отмечались хронические признаки поражения данного органа в виде перидуктального и междолькового фиброза, а местами и внутридолькового склероза. В расширенной перидуктальной строме, обнаруживались лимфоидно-гистиоцитарные инфильтраты с примесью лейкоцитов и множественные геморрагии. Выводные протоки поджелудочной железы были расширены, в просветах определялись густые массы секрета. Просветы большинства ацинусов также расширены, заполнены секретом. Таким образом формировались кистозные структуры преимущественно в головке и теле поджелудочной железы. Тяжело протекающие формы острого панкреатита, приводящие к летальному исходу, сопровождались некротическими и аутолитическими изменениями паренхимы и дисккомплексацией ацинусов, множественными некрозами жировой ткани во внутриорганный строме и в перипанкреатической жировой клетчатке. Некрозы жировой клетчатки также встречались в сальнике, брыжейке, в забрюшинной, паранефральной клетчатке, в клетчатке малого таза, реже в средостении, в подкожной жировой клетчатке и в костном мозге. Множественные кровоизлияния во внутридольковой и междольковой строме придавали органу пестрый вид. В более тяжелых случаях кровоизлияния распространялись на брыжейку, сальник и забрюшинную клетчатку.

Геморрагический панкреонекроз выявлен у четырех умерших мужчин с клинико-морфологическими проявлениями алкогольной энцефалопатии (27, 32, 35 и 48 лет), который



Рис. 1. Тотальный геморрагический панкреонекроз (мужчина 57 лет)

осложнился развитием тяжелого перитонита. При этом поджелудочная железа была увеличена в размерах и уплотнена. На разрезе имели место мелкие, сливающиеся участки темно-красного, почти черного цвета, лишь в отдельных местах определялись не пропитанные кровью грязно-желтые фокусы жирового некроза (рис. 1). аналогичные жировые некрозы с вторичными геморрагиями определялись в забрюшинной парапанкреатической клетчатке. При гистологическом исследовании определялись обширные некрозы паренхимы с геморрагическим пропитыванием; в небольших участках сохранившейся ткани отмечались дистрофические и некробиотические изменения клеток.

Изменения поджелудочной железы в виде хронического алкогольного панкреатита обнаружены в 68 случаях в группе алкогольной болезни (86,07 %) независимо от клинико-морфологической формы этого заболевания и в 56 (97,8 %). Наблюдениях в группе хронического алкоголизма. Морфологически проявления данной формы не имели различий в этих двух группах. Макроскопически поджелудочная железа была уплотнена, на разрезе дольчатость плохо определялась (рис. 2), нередко вообще отсутствовала. В половине наблюдений имели место мелкие, иногда крупные кисты и петрификаты, иногда и мелкие камни в протоках. При микроскопическом исследовании участки сохранившейся паренхимы чередовались с резко уменьшенными

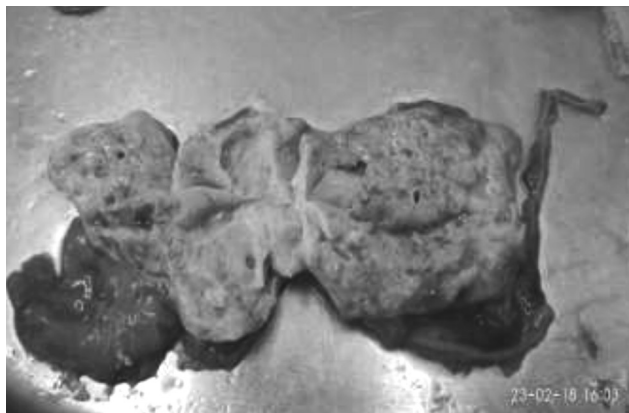


Рис. 2. Хронический алкогольный панкреатит (муж. 37 лет)

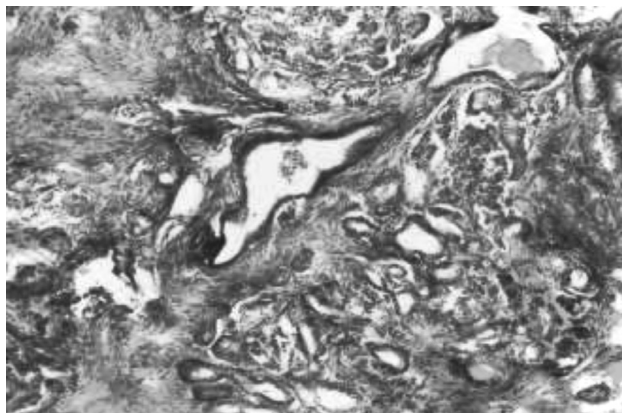


Рис. 3. Хронический склерозирующий алкогольный панкреатит (муж. 37 лет). Окраска гематоксилин-эозином. × 100

дольками, окружёнными широкими прослойками соединительной ткани (рис. 3). Соединительно-тканые септы проникали в глубину долек. В 57 случаях отмечалась диффузно-очаговая лимфоплазмозитарная инфильтрация. Количество и размеры островков Лангерганса также были уменьшены. Преобладал перидуктальный и перилобулярный фиброз, который сочетался с расширением дольковых протоков, содержащих скопления секрета.

Атрофический алкогольный гастрит, который отмечен практически во всех наблюдениях алкогольной болезни и хронического алкоголизма, дополнял морфологическую картину заболевания, имея большое значение в патогенезе болезни [1].

Заключение. Таким образом, хроническая алкогольная интоксикация характеризуется поражением всех внутренних органов и в ряде случаев ЦНС. Можно выделить две большие группы: алкогольная болезнь (соматическое поражение) и хронический алкоголизм (сочетанное поражение ЦНС и внутренних органов). В танатогенезе больных, страдающих алкоголизмом, причинами смерти являются тяжелые поражения внутренних органов: печени (жировой гепатоз и микронодулярный цирроз, осложнившийся печеночной недостаточностью и кровотечением из расширенных вен пищевода), сердца (алкогольная кардиомиопатия с развитием острой и хронической сердечной недостаточности), поджелудочной железы (хронический панкреа-

тит и панкреонекроз). При хронической алкоголизме преобладает поражение ЦНС. Это сопровождается осложнениями в виде алкогольной энцефалопатии вплоть до клинически выраженной деменции и алкогольного делирия [2]. К более редким, но особо опасным осложнениям из этой группы относятся: энцефалопатия Гайе-Вернике, понтийный миелинолизис и болезнь Маркиафава-Биньями [5, 8]. В тоже время, для этой группы необходимо учитывать изменения внутренних органов, которые могут являться решающими в танатогенезе. Следует обратить внимание на возможность развития крупозной пневмонии, которая выставляется основным заболеванием, а хронический алкоголизм является фоновым заболеванием. Таким образом, случаи алкогольного поражения не должны выпадать из статистики. Морфологические изменения легких (острые воспалительные процессы и обострение хронических заболеваний легких) характерны для терминальных стадий алкоголизма [7]. Однако, в наших наблюдениях они не были клинически диагностированы в 20 % случаев. Немалое значение в постановке диагноза алкоголизма играет поджелудочная железа, в которой морфологические изменения встречаются почти в 90 % случаев, как при алкогольной болезни, так и хроническом алкоголизме. Поражения этого органа играют немалую роль в танатогенезе заболевания [2, 6]. Данная патология проявляется в виде хронического индуратив-

ного панкреатита. На этом фоне особенно тяжело протекают случаи с обострением в виде острого панкреатита и панкреонекроза. В таких случаях заболевание приобретает urgentный характер, что требует специализированной помощи. Атрофический алкогольный гастрит, который отмечен практически во всех наблюдениях, сопровождается развитием гипопластической анемии, что имеет значение в общем утяжелении течения заболевания [2]. Это также необходимо учитывать при оказании медицинской помощи больным.

Литература

1. Виноградова, Л. Г., Жарков О. Б. Поражения желудочно-кишечного тракта / Л. Г. Виноградова, О. Б. Жарков // Алкогольная болезнь. – М., 1990. – С. 32–40.
2. Дамулин, И. В. Деменции при дефицитарных состояниях и алкоголизме / И. В. Дамулин // Неврологический журнал. – 2005. – № 5. – С. 4–8.
3. Козловский, А. В., Алкогольная ситуация в Беларуси и ее регионах / А. В. Козловский, Ю. Е. Разводовский, В. В. Лелевич, С. М. Зиматкин // Медицинские новости. – 2016. – № 1. – С. 21–24.
4. Максимчук, В. П., Оценка уровней алкоголизации населения в различных регионах Республики Беларусь за 2018 год / В. П. Максимчук, А. В. Копытов // Психиатрия, психотерапия и клиническая психология. – 2019. – Т. 10, № 3. – С. 379–388.

5. Недзьведь, М. К. Патологическая анатомия хронического алкоголизма по данным РКПБ / М. К. Недзьведь, С. А. Гузов, А. Т. Зорко // Проблема психиатрии в Республике Беларусь. Конференция посвященная 70-летию кафедры психиатрии МГМИ. – Минск, 1995. – С. 133–135;

6. Пауков, В. С. Патологическая анатомия алкогольной болезни / В. С. Пауков, А. И. Угрюмов // Новости науки и техники. – 1997. – № 5. – С. 1–4.

7. Патрушева, В. Б., Клинико-патологоанатомическая характеристика острых и хронических неспецифических заболеваний легких при алкогольной болезни / В. Б. Патрушева; автореф. ... канд. мед. наук. – Челябинск, 2002. – 22 с.

8. Скугаревская, Е. И. Функционально-структурные взаимоотношения при алкогольной энцефалопатии / Е. И. Скугаревская, М. К. Недзьведь // Актуальные вопросы психиатрии. Материалы конференции по обмену опытом работы психиатрических учреждений. – Минск, 1973. – С. 114–116.

9. Шорманов, С. В. Структурные изменения головного мозга больных хроническим алкоголизмом / С. В. Шорманов // Неврологический журнал. – 2006. – № 1. – С. 19–22.

10. Nedzved, M., Guzov S., Zorko A. Complications of chronic alcoholism. 4-th International conference "AIDS, Cancer, Related problems". – St-Petersbourg, 1995. – С. 55.

Поступила 9.04.2020 г.