

М. К. Недзьведь<sup>1</sup>, С. А. Гузов<sup>1</sup>, О. В. Колбасова<sup>2</sup>

## ХРОНИЧЕСКИЙ АЛКОГОЛИЗМ В СОЧЕТАНИИ С ИЗМЕНЕНИЕМ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ И АТЕРОСКЛЕРОЗОМ

УО «Белорусский государственный медицинский университет»<sup>1</sup>,  
Республиканский научно-практический центр  
психического здоровья<sup>2</sup>

**Цель исследования.** Установление частоты поражения внутренних органов и атеросклеротического процесса у пациентов, страдавших хроническим алкоголизмом и выяснение причин смерти.

**Материал и методы.** Результаты аутопсий 94 умерших с хроническим алкоголизмом в РНПЦ психического здоровья в течение 2005–2020 лет. Анализ материала проводился на основании макроскопического и микроскопического исследования (гистологические препараты, окрашенные гематоксилин-эозином, пикрофуксином по Ван-Гизону, на миелин по Клювер-Баррера). При проведении аутопсии обращалось внимание на наличие атеросклеротических изменений в аорте, коронарных и мозговых артериях.

**Результаты.** По данным морфологического исследования и патологоанатомического диагноза они распределились следующим образом: алкогольный делирий – 24, энцефалопатия Гайе-Вернике – 13, алкогольная энцефалопатия – 10, алкогольная деменция – 3, понтийный миелинолизис – 8, болезнь Маркиафава-Биньями – 1. Все наблюдения хронического алкоголизма сопровождались тяжелыми морфологическими изменениями, как минимум, 3–4 внутренних органов. Выраженный атрофический гастрит имел место в 75 наблюдениях (79,8 %), алкогольная дилатационная кардиомиопатия – 48(51,1 %), склерозирующий панкреатит – 29(30,8,5 %), морфологические изменения печени (жировой гепатоз и алкогольный гепатит) – 57(60,6 %), в 9 наблюдениях (9,6 %) – алкогольный мелкоnodулярный цирроз печени, одно- или двусторонняя бронхопневмония – 26(44,2 %). Атеросклеротический процесс обнаружен в 19 наблюдениях (36,5 %). Средний возраст умерших в этих случаях составил 53,4 лет.

**Заключение.** Осложнения хронического алкоголизма сопровождаются морфологическими изменениями внутренних органов, которые значительно отягощают течение заболевания. Наиболее значимыми являются изменения сердца в виде алкогольной дилатационной кардиомиопатии с развитием острой или хронической сердечно-сосудистой недостаточности. Определенное значение имеет панкреатит, который может закончиться развитием панкреонекроза и изменения печени с развитием печеночной недостаточности. В ряде случаев (особенно у больных с алкогольной деменцией) основную роль в танатогенезе может играть бронхопневмония. Атеросклеротический процесс не имеет существенного значения в танатогенезе больных хроническим алкоголизмом и встречается преимущественно у пожилых больных.

**Ключевые слова.** Хронический алкоголизм, алкогольный делирий, алкогольная энцефалопатия, алкогольная деменция, понтийный миелинолизис, болезнь Маркиафава-Биньями, атеросклероз, кардиомиопатия, гепатоз, гастрит, панкреатит.

M. K. Nedzvedz, S. A. Guzov, O. V. Kolbasova

## CHRONIC ALCOHOLISM – A COMBINATION WITH A CHANGE IN THE INTERNAL ORGANS, AND ATHEROSCLEROSIS

**Objective.** Establish frequency of change of internal organs and the atherosclerotic process in patients suffering from chronic alcoholism and determine the causes of death.

**Material and methods.** The results of autopsies of the 94 dead with chronic alcoholism in the Centre of Mental Health for 2005–2014 years. Analysis of the material was carried out on the basis of macroscopic and microscopic examination (histological specimens stained with hematoxylin-eosin, pikrofuksin on Van Gieson, on myelin by Kluver-Barrera). During the autopsy, it drew attention to the presence of atherosclerotic lesions in the aorta, coronary and cerebral arteries.

**Results.** According to the morphological study and pathologic diagnosis all observations are as follows: delirium tremens – 24, encephalopathy Gayet-Wernicke – 13, alcoholic encephalopathy – 10, alcoholic dementia – 3, myelinolysis pontis – 8, disease Marchiafava-Bignami – 1, alcoholic cirrhosis of the liver – 1. All observations were accompanied by severe morphological changes at least 3–4 of the internal organs. Severe atrophic gastritis occurred in 39 cases (75 %), alcoholic dilated cardiomyopathy – 31 (59.6 %), sclerosing pancreatitis – 32 (61.5 %), morphological changes in the liver (steatosis and alcoholic hepatitis) – 43 (82.7 %), two observations – alcoholic cirrhosis of the liver, bronchopneumonia – 23 (44.2 %). Signs of atherosclerosis were found in 19 cases (36.5 %). The average age of the deceased in these cases was 53.4 years.

**Conclusion.** Complications of chronic alcoholism accompanied by morphological changes of internal organs, which greatly aggravate the disease. The most significant are the changes in the heart in the form of alcoholic dilated cardiomyopathy with the development of acute or chronic cardiovascular failure. A certain importance is pancreatitis, which can result in the development of pancreatic necrosis and changes in the liver with the development of liver failure. In some cases (especially in patients with alcoholic dementia) a major role in tanatogenesis can play bronchopneumonia. Atherosclerotic process is not significant in tanatogenesis of patients with chronic alcoholism and occurs predominantly in elderly patients.

**Key words.** Chronic alcoholism, delirium tremens, alcoholic encephalopathy, alcoholic dementia, myelinolysis pontis, Marchiafava-Bignami disease, atherosclerosis, cardiomyopathy, steatosis, gastritis, pancreatitis.

Злоупотребление алкоголем у многих пациентов приводит к развитию алкоголизма. Алкоголизм является важной медико-социальной проблемой [4], однако прижизненная и посмертная диагностика этого заболевания достаточно трудна. По данным ВОЗ алкоголизм по частоте среди причин смертности во всем мире занимает 3-е место, уступая лишь злокачественным опухолям и сердечно-сосудистым заболеваниям. Частота алкоголизма в Республике Беларусь в 1998 году составила 150,3 на 100 тыс. населения [9]. В последние годы, в связи с употреблением недоброкачественных алкоголь-

ных напитков появились необычные осложнения хронического алкоголизма [6, 8], увеличилось количество пациентов, страдающих алкогольной болезнью [1].

Алкогольная болезнь [5] представляет собой постоянное злоупотребление алкогольными напитками с соматическими последствиями, т. е. с преимущественным поражением того или иного внутреннего органа. В терапевтической клинике различают печеночную, желудочную, панкреатическую и сердечную формы алкогольной болезни. Легочная форма алкогольной болезни пока не выделена. Однако установлено, что

алкоголь воздействует на систему местной и общей защиты и приводит к уменьшению мобилизации легочных макрофагов [7] и соответственно к развитию бронхопневмоний, либо к обострению бронхо-легочных инфекций и появлению случаев крупозной пневмонии у людей, злоупотреблявших алкоголем.

В определении ВОЗ хронический алкоголизм представляет собой одну из форм наркоманической зависимости у лиц постоянно принимающих алкоголь, с постепенным повышением толерантности, которая характеризуется развитием психических и соматоневрологических нарушений. По данным РНПЦ психического здоровья МЗ РБ хронический алкоголизм отмечен в 7,32 % аутопсий [6]. Наиболее часто больные поступают в наркологические отделения по поводу алкогольного делирия, который морфологически характеризуется дисциркуляторными и дистрофическими изменениями в центральной нервной системе [10].

Целью настоящего исследования явилось установление частоты поражения внутренних органов и атеросклеротического процесса у пациентов, страдавших хроническим алкоголизмом и выяснение причин их смерти.

### Материал и методы

Проанализированы результаты аутопсий 94 умерших с хроническим алкоголизмом в РНПЦ психического здоровья в течение 2005–2020 лет. Анализ материала проводился на основании данных историй болезни, макроскопического и микроскопического исследования (гистологические препараты, окрашенные гематоксилин-эозином, пикрофуксином по Ван-Гизону, на миелин по Клювер-Баррера). Первую группу составили 88 наблюдений, в которых основным заболеванием явился хронический алкоголизм с различными психическими и соматическими осложнениями. По данным морфологического исследования и структуре патологоанатомического диагноза и осложнений они распределились следующим образом: алкогольный делирий – 24, энцефалопатия

Гайе-Вернике – 13, алкогольная энцефалопатия – 10, алкогольная деменция – 3, понтийный миелолизис – 8, болезнь Маркиафава-Биньями – 1. В 39 наблюдениях хронического алкоголизма причиной смерти явились тяжелые изменения внутренних органов: алкогольный цирроз печени – 9, алкогольный панкреатит – 6, алкогольная кардиомиопатия – 14. Во второй группе (6 наблюдений) основным патологоанатомическим диагнозом явилась крупозная пневмония. Хронический алкоголизм в этих случаях рассматривался как фоновое заболевание. При проведении аутопсии обращалось внимание на наличие атеросклеротических изменений в аорте, коронарных и мозговых артериях.

В 24 наблюдения основным осложнением хронического алкоголизма явился алкогольный делирий. Мужчин – 22, женщин – 2, средний возраст – 48,8 ± 10,6 (минимальный 29 лет, максимальный 76 лет). Длительность злоупотребления алкоголем колебалась от 2-х до 30 лет. В 12 наблюдения обнаружены атрофические изменения головного мозга в виде истончения извилин и заместительной наружно-внутренней гидроцефалии. Средняя масса головного мозга составила 1278,8 ± 108,5 г.

Следует отметить, что в этой группе о всех случаях имели место морфологические изменения внутренних органов в различных сочетаниях: атрофический гастрит – 14, дилатационная кардиомиопатия – 10, склерозирующий панкреатит – 8, морфологические изменений печени – 14 (жировой гепатоз – 12, алкогольный гепатит – 2).

Признаки атеросклеротического процесса обнаружены в 11 случаях из 24 (мужчины 36–76 лет). В 5-ти случаях в грудном и брюшном отделах аорты определялись единичные липидные пятна и атеросклеротические бляшки. У мужчины 63 лет обнаружено большое количество атеросклеротических бляшек в аорте и в коронарных артериях. У мужчин 60 и 62 года атеросклеротические бляшки и атероматозные язвы располагались только в грудном и брюшном отде-

лах аорты. У мужчин 36 и 59 лет единичные атеросклеротические бляшки обнаружены в позвоночных артериях и в аорте. У мужчины 76 лет имел место значительный атеросклероз грудного и брюшного отделов аорты. В области бифуркации аорты располагались атероматозные язвы с признаками атерокальциноза. В 13 случаях на аутопсии макроскопических признаков атеросклероза не обнаружено.

При морфологическом исследовании головного мозга обращали на себя внимание циркуляторные изменения в виде периваскулярных кровоизлияний в коре, подкорковых ядрах, гиппокампе и мозжечке, признаки отека-набухания нервной ткани, особенно выраженные в 10 случаях. В 13 наблюдениях наступлению летального исхода способствовала бронхопневмония.

Вторая группа – энцефалопатия Гайе-Вернике, как основное острое осложнение хронического алкоголизма отмечена в 13 наблюдениях: мужчин – 10, женщин – 3, средний возраст которых составил  $43,16 + 10,9$  лет и колебался от 29 до 62 лет. Длительность злоупотребления алкоголем составила в среднем 11,5 лет. Атрофические изменения головного мозга в виде истончения извилин и наружно-внутренней гидроцефалии имели место в 6 наблюдениях. Так, у женщины 29 лет энцефалопатия Гайе-Вернике развилась на фоне дементного синдрома, а масса головного мозга составила 920 г. В среднем масса головного мозга в наблюдениях этой группы равнялась  $1265,91 + 155,2$  г.

Течение болезни значительно усугублялось морфологическими изменениями внутренних органов, которые имели место во всех наблюдениях: атрофический гастрит – 13, алкогольный гепатит – 5 (в одном случае с исходом в цирроз), жировой гепатоз – 5, склерозирующий панкреатит – 5, кардиомиопатия – 3.

Признаки атеросклеротического процесса имели место в трех наблюдениях этой группы. У мужчины 48 лет атеросклеротические бляшки обнаружены в брюшном

отделе аорты и одна бляшка в базилярной артерии. У мужчины 51 года атеросклеротические бляшки найдены в грудном и брюшном отделах аорты, в подвздошных и коронарных артериях. У мужчины 60 лет небольшое количество фиброзных бляшек и фиброзных пятен располагалось в грудном и брюшном отделах аорты.

Морфологически энцефалопатия Гайе-Вернике характеризовалась типичными кровоизлияниями в периакведуктальной зоне по ходу стволовых отделов головного мозга (ножки, мост, продолговатый мозг) и стенок III желудочка. При аутопсии точечные кровоизлияния были видны в области дна 4-го желудочка. Все наблюдения сопровождалось признаками выраженного отека-набухания нервной ткани с вклиниванием миндалин мозжечка в большое затылочное отверстие.

Третья группа – алкогольная энцефалопатия – хроническое поражение головного мозга, как осложнение хронического алкоголизма, отмечена в 10 наблюдениях. Мужчин – 9, женщин – 1. В возрасте 38–63 года (средний возраст –  $44,7 + 11,8$  лет). Длительность злоупотребления алкоголем составила в среднем 17 лет. Во всех случаях отмечена атрофия головного мозга в виде истончения извилин больших полушарий и расширения вентрикулярной системы.

Микроскопически алкогольная энцефалопатия характеризовалась очагами выпадения пирамидных нейронов, преимущественно в III слое коры различных полей. Сохранившиеся нейроны были либо сморщенными, гиперхромными с извитыми апикальными отростками, либо набухшими, с явлениями тигролиза. В коре больших полушарий имели место явления сателлитоза, реже нейронофагии. В молекулярном слое коры – признаки волокнистого глиоза. Реже встречались периваскулярные кровоизлияния, которые располагались в области подкорковых ядер. У мужчины 48 лет в анамнезе имела место черепно-мозговая травма (ЧМТ), которая подтверждена на аутопсии в виде очагового гемосидероза мозговых оболочек. Признаки отека-набухания

нервной ткани головного мозга найдены лишь в одном случае у мужчины 44 лет, масса головного мозга которого равнялась 1420 г. В наблюдениях этой группы также отмечены значительные изменения внутренних органов: алкогольный атрофический гастрит – 10, алкогольный гепатит – 6, жировой гепатоз – 4, склерозирующий панкреатит – 10, кардиомиопатия – 10. Бронхопневмония явилась причиной смерти 9 больных.

Признаки атеросклероза были отмечены только в 4-х случаях (средний возраст 50 лет). Так, у мужчины 38 лет в аорте имелись единичные желтые пятна, а у мужчины 60 лет – в области бифуркации обнаружены атеросклеротические бляшки и одна бляшка в базилярной артерии. У женщины 54 лет и мужчины 48 лет единичные атеросклеротические бляшки располагались в грудном и брюшном отделах аорты.

Четвертая группа – понтийный миелинолизис являлся основным осложнением хронического алкоголизма в 8-х наблюдениях. Мужчин – 6, в возрасте 45–60 лет, женщин – 2, возраст 45 и 57 лет. Длительность злоупотребления алкоголем 4 года (мужчина 55 лет), 12 лет (мужчина 45 лет, клинические признаки деменции) и 20 лет (мужчина 60 лет с признаками деменции и женщина 45 лет). Масса головного мозга колебалась от 1098 до 1289 г. В двух случаях снижение массы мозга сопровождалось расширением вентрикулярной системы. Во всех случаях отмечен атрофический гастрит, в двух – жировой гепатоз, в двух – алкогольный гепатит, в двух – панкреатит и в одном кардиомиопатия. Признаки атеросклероза в виде единичных атеросклеротических бляшек обнаружены лишь в одном случае у мужчины 39 лет в грудном и брюшном отделах аорты.

Макроскопически понтийный миелинолизис характеризовался увеличением размеров моста, в котором его структуры не определялись на поперечных срезах. Микроскопически имела место демиелинизация проводящих путей и белого вещества осно-

вания моста. Демиелинизация распространялась на структуры продолговатого мозга. В различных отделах головного мозга встречались небольшие периваскулярные кровоизлияния, в коре – заметное выпадение нейронов всех слоев с потерей радиального строения. Имели место выраженные признаки отека-набухания головного мозга.

Алкогольная деменция – пятая группа – в виде осложнения хронического алкоголизма имела место у трех мужчин 49, 52 и 54 лет. Заболевание сопровождалось снижением массы тела, вплоть до церебральной кахексии у мужчины 52 лет. Длительность злоупотребления алкоголем превышала во всех случаях более 20 лет. Масса головного мозга составляла 1070–1250 г. Макроскопически отмечено заметное истончение извилин больших полушарий и заместительная наружно-внутренняя гидроцефалия. Микроскопически в коре больших полушарий обнаружено значительное выпадение нейронов всех слоев с потерей радиальной исчерченности и послойного строения. Сохранившиеся нейроны были в основном сморщенные, гиперхромные с извитыми апикальными отростками.

В данной группе во всех случаях обнаружен атрофический гастрит и склерозирующий панкреатит, в двух случаях – жировой гепатоз, и в одном (мужчина 54 лет) – кардиомиопатия. В тоже время причиной смерти во всех наблюдениях явилась сливная двусторонняя бронхопневмония. У мужчины 49 лет бронхопневмония осложнилась абсцедированием легких и фибринозным плевритом.

Атеросклероз найден в двух наблюдениях. У мужчины 52 лет в грудном отделе аорты обнаружено умеренное количество атеросклеротических бляшек, в области бифуркации – явления атерокальциноза, в базилярной и позвоночных артериях – несколько фиброзных бляшек. У женщины 56 лет найдена лишь одна атеросклеротическая бляшка в базилярной артерии.

Болезнь Маркифава-Биньями диагностирована у женщины 43 лет, которая три года

злоупотребляла алкоголем. Масса головного мозга составила 1250 г. При аутопсии обнаружен тотальный некроз мозолистого тела, вследствие чего большие полушария после извлечения головного мозга отделялись друг от друга. Гибель мозолистого тела сопровождалась значительным отеком и набуханием нервной ткани, с признаками вклинения миндалин мозжечка в большое затылочное отверстие. Из соматических проявлений имел место гастрит, панкреатит, гепатит, бронхопневмония. Признаков атеросклероза в данном не обнаружено.

В 8-ми наблюдениях (мужчины 35–73 лет и одна женщина 55 лет), страдавших хроническим алкоголизмом (алкогольная энцефалопатия – 7, алкогольный делирий – 1 (мужчина 60 лет)) смертельным осложнением явилась портальная гипертензия и прогрессирующая печеночная недостаточность, обусловленные мелкоnodулярным циррозом печени. Во всех наблюдениях обнаружен атрофический гастрит, в трех – алкогольная кардиомиопатия и в одном – склерозирующий панкреатит. У женщины 55 лет хронический алкоголизм осложнился мелкоnodулярным циррозом печени, с развитием портальной гипертензии и печеночной недостаточности. Масса головного мозга 1210 г. Злоупотребление алкоголем составило 20 лет. Из соматических проявлений алкоголизма имел место гастрит, панкреатит, кардиомиопатия, бронхопневмония. В аорте, коронарных и мозговых артериях в этом наблюдении признаков атеросклероза не отмечено.

Признаки атеросклероза (атеросклеротические бляшки грудного и брюшного отделов аорты) обнаружены лишь в одном случае (мужчина 73 лет). Небольшое количество атеросклеротических бляшек обнаружено у мужчины 73 лет.

У 4-х пациентов (мужчины 27, 32, 35 и 56 лет), страдавших хроническим алкоголизмом в виде алкогольной энцефалопатии, смертельным осложнением явился склерозирующий панкреатит с исходом в панкреонекроз и перитонит. Во всех случаях отмечен

атрофический гастрит и жировой гепатоз, у двух (мужчины 32 и 56 лет) алкогольная кардиомиопатия. Атеросклеротический процесс в виде умеренного количества атеросклеротических бляшек в грудном и брюшном отделах аорты имел место у мужчины 56 лет. Частота сочетаний изменений внутренних органов и атеросклероза у умерших от хронического алкоголизма приведена в таблице 1.

У 6 пациентов (все мужчины в возрасте 28–64 года), страдавших хроническим алкоголизмом (алкогольная энцефалопатия – 4, алкогольный делирий – 1 и алкогольная деменция – 1), основным патологоанатомическим диагнозом являлась одно- или двусторонняя крупозная пневмония. Хронический алкоголизм расценивался как фоновое заболевание. Смертельным осложнением являлась дыхательная и легочно-сердечная недостаточность. У мужчины 32 лет заболевание осложнилось абсцедированием легких и фибринозно-гнойным плевритом. У мужчины 53 лет – метастатическим гнойным менингитом. Во всех наблюдениях обнаружен жировой гепатоз, в 4-х – атрофический гастрит и алкогольная кардиомиопатия, в одном – склерозирующий панкреатит. Признаки атеросклероза отмечены в трех наблюдениях в виде атеросклеротических бляшек в грудном и брюшном отделах аорты.

Таким образом, все наблюдения хронического алкоголизма, как правило, сопровождались тяжелыми морфологическими изменениями, как минимум, 3–4 внутренних органов. Выраженный атрофический гастрит имел место в 75 случаях (76,53 %) и характеризовался значительным истончением стенки желудка с полной потерей рельефа складок слизистой оболочки. Такие изменения слизистой оболочки имеют большое значение в прогрессировании заболевания, так как нарушается поступление в кровяное русло витаминов, преимущественно группы В и развитием анемии.

Тяжело протекает заболевание в случаях морфологических изменений сердца [3]

Таблица 1. Частота сочетаний изменений внутренних органов и атеросклероза у умерших от хронического алкоголизма

	Гастрит	Жировой гепатоз	Алкогольный гепатит	Кардиомиопатия	Панкреатит	Бронхо-пневмония	Атеросклероз
Алкогольный делирий n24	14	12	2	10	8	13	11
Энцефалопатия Гайе-Вернике n13	13	4	6	3	3	-	3
Алкогольная энцефалопатия n10	10	4	6	10	10	9	4
Понтийный миелолизис n8	8	2	2	1	2	-	1
Алкогольная деменция n3	3	3	-	1	3	3	2
Болезнь Маркиафава-Биньями n1	1	-	1	-	1	1	-
Алкогольная кардиомиопатия n14	14	14	-	14	5	-	5
Алкогольный цирроз печени n9	8	-	-	3	1	-	1
Склерозирующий панкреатит n6	4	4	-	2	4	-	1
Итого	75	43	17	44	37	26	28

в виде дилатационной алкогольной кардиомиопатии, которая отмечена в 44 наблюдениях (44,89 %). Полости сердца при этом расширены, миокард дряблый. Заболевание сопровождается признаками хронической сердечно-сосудистой недостаточности. В отдельных случаях может развиваться острая сердечная недостаточность [2], которая клинически симулирует инфаркт миокарда.

К тяжелым осложнениям относится склерозирующий панкреатит, который обнаружен у 37 умерших (37,75 %). У трех больных он закончился развитием панкреонекроза.

Морфологические изменения печени являются частым признаком хронического алкоголизма и обнаружены в 57 случаях (58,16 %). Они были представлены выраженным жировым гепатозом (43 наблюдения) или алкогольным гепатитом (14 наблюдений). У двух больных заболевание закончилось развитием алкогольного мелкоузельного цирроза печени. Летальный исход наступил от прогрессирующей печеночной недостаточности.

У 26 больных (26,53 %) заболевание осложнилось одно- или двусторонней бронхопневмонией, которая в случаях алкогольной деменции явилась причиной летального исхода.

Атеросклеротический процесс обнаружен у 28 наблюдений (28,57 %). Средний возраст умерших в этих случаях составил 53,4 лет. Минимальные изменения в виде жировых пятен и единичных бляшек в грудном и брюшном отделах аорты отмечены в 10 случаях, умеренные изменения (атеросклеротические бляшки, единичные атероматозные изменения) – в 3 и значительные (атеросклеротические бляшки, атероматозные язвы, атерокальциноз) – 1. В 5 случаях одна или две бляшки найдены в базилярной артерии, в одном – бляшка в правой средней мозговой артерии. В двух случаях единичные бляшки обнаружены в коронарных артериях. В трех из приведенных наблюдений бляшки располагались в аорте и в базилярной артерии. Ни в одном из наблюдений атеросклеротический процесс не являлся причиной нарушений артериального кровотока.

## Выводы

1. Различные тяжелые осложнения хронического алкоголизма (алкогольный делирий, энцефалопатия Гайе-Вернике, алкогольная энцефалопатия, понтийный миелолизис, болезнь Маркиафава-Биньями, алкогольная деменция) сопровождаются морфологическими изменениями внутренних органов, которые значительно отягощают течение заболевания.

2. Наиболее значимыми в танатогенезе являются изменения сердца в виде алкогольной дилатационной кардиомиопатии с развитием острой или хронической сердечно-сосудистой недостаточности. Определенное значение имеют морфологические изменения печени и поджелудочной железы, которые могут закончиться развитием алкогольного цирроза печени и панкреонекроза. В ряде случаев (особенно у больных с алкогольной деменцией) основную роль в танатогенезе может играть бронхопневмония.

3. В отдельных случаях (6,1 %) у больных, страдавших хроническим алкоголизмом, развивается крупозная пневмония, которая в случае смерти больных рассматривается как основное заболевание. Хронический алкоголизм является фоновым заболеванием.

4. Атеросклеротический процесс не имеет существенного значения в танатогенезе больных хроническим алкоголизмом и встречается преимущественно у пожилых больных.

## Литература

1. Вовк, Е. И., Зайратьянц О. В., Колобов С. В., Верткин А. Л. Алкогольная поливисцеропатия как базис заболевания внутренних органов у населения России / Е. И. Вовк, О. В. Зайратьянц, С. В. Колобов, А. Л. Верткин // Терапевт. – 2006. – № 11–12. – С. 14–26.

2. Ерохин, Ю. А., Алкогольная болезнь и ее стадии / Ю. А. Ерохин, В. С. Пауков // Экология человека: концепция факторов риска, экологической безопасности и управление рисками: Сборник материалов Всероссийской научно-практической конференции; 10–11 июня 2004 г. – Пенза, 2004. – С. 47–48.

3. Линник, П. С., Анатомо-морфологические изменения при алкогольной кардиомиопатии / П. С. Лин-

ник, Е. Л. Красицкая // Избранные вопросы судебно-медицинской экспертизы. – Хабаровск, 1999. – № 2. – С. 40–43.

4. Минеев, В. Н. Алкоголизация населения – медико-социальная проблема / В. Н. Минеев // Новые Санкт-Петербургские врачебные ведомости. – 2005. – № 2. – С. 32–34.

5. Моисеев, В. С., Траянова Т. Г., Жарков О. Б. Алкогольная болезнь; под ред. В. С. Моисеева. – М.: Изд-во Университета дружбы народов, 1990. – С. 18–30.

6. Недзьведь, М. К. Клинико-морфологические особенности необычных осложнений хронического алкоголизма / М. К. Недзьведь, О. В. Колбасова // Актуальные проблемы неврологии и нейрохирургии. – Минск, 2012. – Вып. 15. – С. 152–159.

7. Недзьведь, М. К. Морфологические изменения легких при хроническом алкоголизме / М. К. Недзьведь, С. А. Гузов, Н. В. Пилипчук, Н. А. Недзьведь // Материалы VI Всероссийской конференции с международным участием. «Современные подходы к морфологической диагностике новообразований человека» Челябинск; 19–20 ноября 2021 г. – Челябинск, 2021. – С. 64–67.

8. Недзьведь, М. К., Клинико-морфологические особенности необычных осложнений хронического алкоголизма / М. К. Недзьведь, О. В. Колбасова, С. А. Гузов // Достижения психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии: от истоков до современности: материалы респ. научн.-практ. конф., посвящ. 100-летию Республиканского научно-практического центра психического здоровья / Республиканский научно-практический центр психического здоровья; сост.: А. И. Старцев, Т. В. Докучкина, Т. С. Голубева. – Минск: Профессиональные издания, 2018. – С. 108–115.

9. Разводовский, Ю. Е. Скрининг распространенности алкогольных проблем среди населения / Ю. Е. Разводовский // Вопр. наркологии. – 2008. – № 2. – С. 54–65.

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

## Reference

1. Vovk, E. I., Zajrat'yanc O. V., Kolobov S. V., Vertkin A. L. Alkogol'naya polivisceropatiya kak bazis zabolevaniya vnutrennih organov u naseleniya Rossii / E. I. Vovk, O. V. Zajrat'yanc, S. V. Kolobov, A. L. Vertkin // Terapevt. – 2006. – № 11–12. – S. 14–26.

2. Erohin, Yu. A., Alkogol'naya bolezni' i ee stadii / Yu. A. Erohin, V. S. Paukov // Ekologiya cheloveka: koncepciya faktorov riska, ekologicheskoj bezopasnosti i upravlenie riskami: Sbornik materialov Vserossijskoj nauchno-prakticheskoj konferencii; 10–11 iyunya 2004 g. – Penza, 2004. – S. 47–48.



3. Linnik, P. S., Anatomico-morfologicheskie izmeneniya pri alkohol'noj kardiomiopatii / P. S. Linnik, E. L. Krasickaya // Izbrannye voprosy sudebno-medicinskoj ekspertizy. – Habarovsk, 1999. – № 2. – S. 40–43.
4. Mineev, V. N. Alkogolizaciya naseleniya – mediko-social'naya problema / V. N. Mineev // Novye Sankt-Peterburgskie vrachebnye vedomosti. – 2005. – № 2. – S.32–34.
5. Moiseev, V. S., Trayanova T. G., Zharkov O. B. // Alkogol'naya bolezn'; pod red. V. S. Moiseeva. – M.: Izd-vo Universiteta druzhby narodov, 1990. – S. 18–30.
6. Nedz'ved', M. K. Kliniko-morfologicheskie osobennosti neobychnyh oslozhnenij hronicheskogo alkogolizma / M. K. Nedz'ved', O. V. Kolbasova // Aktual'nye problemy nevrologii i nejrohirurgii. – Minsk, 2012. – Vyp. 15. – S. 152–159.
7. Nedz'ved', M. K. Morfologicheskie izmeneniya legkih pri hronicheskom alkogolizme / M. K. Nedz'ved', S. A. Guzov, N. V. Pilipchuk, N. A. Nedz'ved' // Materialy VI Vserossijskoj konferencii s mezhdunarodnym uchastiem. «Sovremennye podhody k morfologicheskoj diagnostike novoobrazovaniy cheloveka» Chelyabinsk; 19–20 noyabrya 2021 g. – Chelyabinsk, 2021. – S. 64–67.
8. Nedz'ved', M. K., Kliniko-morfologicheskie osobennosti neobychnyh oslozhnenij hronicheskogo alkogolizma / M. K. Nedz'ved', O. V. Kolbasova, S. A. Guzov // Dostizheniya psichiatrii, narkologii, psihoterapii i klinicheskoy psihologii: ot istokov do sovremennosti: materialy resp. nauchn.-prakt. konf., posvyashch. 100-letiyu Respublikanskogo nauchno-prakticheskogo centra psihicheskogo zdorov'ya / Respublikanskij nauchno-prakticheskij centr psihicheskogo zdorov'ya; sost.: A. I. Starcev, T. V. Dokukina, T. S. Golubeva. – Minsk: Professional'nye izdaniya, 2018. – S. 108–115.
9. Razvodovskij, Yu. E. Skrining rasprostranennosti alkogol'nyh problem sredi naseleniya / Yu. E. Razvodovskij // Vopr. narkologii. – 2008. – № 2. – S. 54–65.
10. Shormanov, S. V. Strukturnye izmeneniya golovnogo mozga bol'nyh hronicheskim alkogolizmom / S. V. SHormanov // Nevrologicheskij zhurnal. – 2006. – № 1. – S. 19–22.

Поступила 10.03.2023 г.