

жорстким базисом показники індексу розподілу жуваального тиску в правій і лівій бокових ділянках відповідно склали  $1,27 \pm 0,05$  та  $1,20 \pm 0,05$ , а після виготовлення повних знімних пластинкових протезів з амортизаційними властивостями -  $1,33 \pm 0,06$  та  $1,32 \pm 0,05$ , що проявилось достовірним ( $p < 0,05$ ) рівним зростанням жуваального тиску в симетричних ділянках зубного ряду (табл. 4).

При користуванні протезами із жорстким базисом жувальний тиск фронтальної ділянки зубного ряду склав  $2,77 \pm 0,15$  кг, а правої бокової ділянки зубного ряду -  $3,51 \pm 0,28$  кг і лівої -  $3,48 \pm 0,23$  кг.

Після застосування повних знімних пластинкових протезів з амортизаційними властивостями жувальний тиск фронтальної ділянки зубного ряду склав  $3,11 \pm 0,17$  кг, а правої бокової ділянки зубного ряду та лівої  $4,13 \pm 0,30$  кг і  $4,12 \pm 0,24$  кг відповідно ( $p < 0,05$ ). Нами відмічено, що амортизаційний прошарок не тільки "вирівнює" показники жуваального тиску в симетричних

ділянках зубного ряду, але сприяє приросту жуваального тиску в бокових ділянках, порівняно з фронтальною, майже вдвічі (рис. 1).

### Висновки та перспективи подальших розробок

1. Підвищення жуваального тиску, який зареєстровано у пацієнтів, супроводжувався його рівномірним розподілом по бокових ділянках зубного ряду.

2. Амортизаційний прошарок не тільки "вирівнює" показники жуваального тиску в симетричних ділянках зубного ряду, але і сприяє приросту жуваального тиску в бокових ділянках порівняно з фронтальною майже вдвічі.

Перспективним напрямком є розробка нових конструкцій та вдосконалення відомих методик виготовлення повних знімних пластинкових протезів з використанням еластичних матеріалів, що покращують їх функціональні характеристики.

### Список літератури

- |  |   |   |
|--|---|---|
| Безъязычная Н.В. Жевательное давление на этапах ортопедического лечения съёмными протезами: способ и результаты клинического изучения // Медицина (науково-практик. журнал). - 2006. - №3 (14). - С.59-63. | Калинина Н.В. Протезирование при полной потере зубов / Н.В. Калинина, В.Д. Загорский. - М.: Медицина, 1990. - 224с. | оболонки навколо опорних зубів при протезуванні частковими знімними пластинковими протезами / Т.М. Михайленко, М.М. Рожко // Галицький лік. вісник. - 2000. - Т.7, №4. - С.112-114. |
|  | Михайленко Т.М. Прилад та методика вимірювання податливості слизової  |   |

Чайка В. Г., Мунтян Л. М.

### ХАРАКТЕРИСТИКА ДИНАМИКИ ИЗМЕНЕНИЯ СИЛЫ ЖЕВАТЕЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ПОЛНЫМ ОТСУТСТВИЕМ ЗУБОВ СЪЕМНЫХ ПЛАСТИНОЧНЫХ ПРОТЕЗОВ С АМОРТИЗАЦИОННЫМИ СВОЙСТВАМИ

**Резюме.** В статье приведены данные о результатах исследования динамики изменения силы жевательного давления при лечении пациентов с полным отсутствием зубов съёмными пластиночными протезами с амортизационными свойствами.

**Ключевые слова:** съёмные протезы, эластичные материалы, жевательный давление.

Chayka V.G., Muntian L.M.

### DESCRIPTION OF THE DYNAMICS OF CHANGE FORCES CHEWING PRESSURE AT TREATMENT OF THE TOTALLY EDENTULOUS PATIENTS WITH REMOVABLE LAMINAR DENTAL PROSTHESIS WITH AMORTIZATIONAL CHARACTERISTICS

**Summary.** The article presents data on the results of the study of the dynamics change of chewing force pressure of totally edentulous patients with removable laminar dental prosthesis with amortizational characteristics.

**Key words:** dentures, flexible materials, chewing pressure.

Стаття надійшла до редакції 13.11.2012р.

© Коновалов С.В.

УДК: 616.89-008.441.13:616.12-007.42

Коновалов С.В.

Вінницький національний медичний університет імені М.І.Пирогова (вул. Пирогова, 56, м.Вінниця, 21018, Україна)

### КЛІНІКО-МОРФОЛОГІЧНІ ЗМІНИ ПРИ АЛКОГОЛЬНІЙ КАРДІОМІОПАТІЇ (РЕТРОСПЕКТИВНИЙ АНАЛІЗ)

**Резюме.** У статті були проаналізовані основні клінічні прояви захворювання (скарги, анамнез захворювання, дані об'єктивного обстеження), результати інструментального (ЕКГ, Ехо-кардіографія, рентгенологічне дослідження) та лабораторного обстеження, а також морфологічні прояви АКМП. З метою аналізу отриманих даних були використані методи математичної статистики: кількісний аналіз і послідовний метод розпізнавання - метод Байєса. Встановлено частоту симптомів, що зустрічаються при АКМП, на підставі якої визначена діагностична цінність ознак у вигляді коефіцієнтів.

**Ключові слова:** алкоголь, серце, алкогольна кардіоміопатія.

## Вступ

Смертність, пов'язана із вживанням алкоголю, неухильно прогресує; широка розповсюдженість і висока частота стійкої чи тимчасової втрати працездатності визначає соціальну значущість захворювання. Темпи смертності, пов'язані із вживанням алкоголю, особливо у вихідні дні та свята, критично великі, у зв'язку з чим світове медичне товариство виражає схвильованість з цього приводу [Men, 2003].

Кардіоміопатії (від грец. *kardia* - серце, *mys, myos* - м'яз і *pathos* - хвороба) - група захворювань серця, спільним для яких є вибіркоче ураження міокарда некоронарогенного генезу. Алкогольна кардіоміопатія (АКМП) - це ураження серця, що розвивається при зловживанні алкоголем і обумовлена токсичним впливом алкоголю на міокард.

При безперервному вживанні спиртних напоїв протягом 8-10 років смертність від АКМП досягає 40-80% (Kreuter), переважно у віці 40-50 рр. [Породенко та ін., 2000]. Від 8 до 15% хворих алкоголізмом помирають від різних порушень серцевої діяльності, а в 10% випадків смерть настає раптово [Rubin, Doria, 1990]. За іншими даними раптова серцева смерть на фоні АКМП складає до 35% [Амосова, 1999]. У країнах Єросоюзу алкогольна кардіоміопатія складає близько 30% від усіх дилатаційних кардіоміопатій. Від порушення роботи серця помирає 12-22% хворих алкоголізмом [Найда та ін., 2002].

При аналізі випадків смертності по Вінницькому обласному бюро судово-медичної експертизи за 2010 р. встановлено, що серед усіх видів смерті питома вага кардіоміопатій склала 8,9%, а у 2011 р. - спільна кількість кардіоміопатій збільшилась на 1,5% і склала в структурі загальної смертності 10,4%. Серед випадків захворювань органів кровообігу також відмічалось зростання питомої ваги кардіоміопатій. Так у 2010 р. кількість кардіоміопатій склало 22,6%, а в 2011 р. цей показник збільшився на 2,2% та склав 24,8%.

У зв'язку зі зростанням з кожним роком випадків смерті від захворювань органів кровообігу, отруєнь алкоголем, а також інших станів, пов'язаних з гострою або хронічною алкогольною інтоксикацією, все більш актуальним питанням клінічної практики є диференційна діагностика алкогольної кардіоміопатії (АКМП) від інших видів смерті, в першу чергу від отруєнь алкоголем і рядом хвороб системи кровообігу, що є нелегкою задачею для патологоанатома та судово-медичного експерта у зв'язку з оцінкою значної кількості діагностичних і, як правило, неспецифічних ознак.

Таким чином, метою роботи було визначення діагностичної цінності клініко-морфологічних ознак алкогольної кардіоміопатії та встановлення за їх допомогою ступеня достовірності висновків експерта про причину смерті.

Для вирішення поставленої мети були сформовані наступні задачі: визначити комплекс діагностичних клініко-

патанатомічних ознак, які використовують у клініці та судово-медичній практиці при дослідженні алкогольної кардіоміопатії; встановити частоту появи діагностичних ознак алкогольної кардіоміопатії; визначити діагностичну цінність ознак алкогольної кардіоміопатії на підставі частоти появи з використанням методів математичної статистики; розробити алгоритм визначення ступеня достовірності висновків експерта про причину смерті у випадках діагностики алкогольної кардіоміопатії.

## Матеріали та методи

Матеріалом дослідження послужили архіви Вінницького обласного патанатомічного бюро та Вінницької обласної клінічної лікарні імені М.І.Пирогова за 2000-2012 р. У ході роботи були досліджені 110 історій хвороб та активів патанатомічного дослідження трупів осіб чоловічої статі віком від 35 до 64 років, причиною смерті котрих була алкогольна кардіоміопатія. Були проаналізовані основні клінічні прояви захворювання (скарги, анамнез захворювання, дані об'єктивного обстеження), дані інструментального (ЕКГ, Ехо-кардіографія, рентгенологічне дослідження (оглядова рентгенографія органів грудної клітки)) та лабораторного обстеження, а також макроморфологічні та мікроморфологічні ознаки АКМП.

З метою аналізу отриманих даних були використані методи математичної статистики: кількісний аналіз і послідовний метод розпізнавання - метод Байєса. В результаті дослідження була встановлена частота ознак, що зустрічаються при АКМП, на підставі якої визначена діагностична цінність ознак у вигляді коефіцієнтів.

## Результати. Обговорення

Клінічна картина АКМП неспецифічна. Найбільш часто відмічаються скарги на прояви застійної бівентрикулярної серцевої недостатності: задишку (за нашими даними 98,2% випадків, з них у спокої - 37,3%), загальну слабкість і швидку втомлюваність (85,5%), прискорене серцебиття (83,6%), периферійні набряки (81,8%), важкість у правому підребр'ї та епігастральній ділянці (70,9%). Рідше (27,3%) випадків спостерігається біль в ділянці серця, який має характер неінтенсивної й нетривалої кардіалгії, пов'язаний із розтягненням перикарда внаслідок дилатації порожнин серця, і не потребує спеціальної терапії.

Лише у 3 хворих (2,7%) відмічався ангінозний біль, обумовлений невідповідністю між збільшеною потребою дилатованого лівого шлуночка у кисні та обмеженим резервом розширення вінцевих артерій серця.

При аналізі анамнезу захворювання звертає на себе увагу його давність - у середньому  $12 \pm 0,14$  років зловживання міцними спиртними напоями (віскі, коньяк, горілка), пивом чи вином. У 59,0% випадків вона не перевищувала 12 років і була більше 14 років лише у 20,0% хворих.

У більшості випадків (71,0%) захворювання почина-

Таблиця 1. Ехокардіографічні показники ( $M \pm m$ ) у хворих із АКМП.

Відділ серця	Показник	Хворі АКМП (n=110)	Здорові (n=35)	Різниця, %	P
Порожнина лівого шлуночка	КДР, см	7,1±0,16	4,8±0,09	+47,9	<0,001
	КСР, см	6,1±0,09	3,1±0,06	+96,8	<0,001
	КДО, см <sup>3</sup> /м <sup>2</sup>	158,6±5,89	61,4±2,10	+158,3	<0,001
	КСО, см <sup>3</sup> /м <sup>2</sup>	113,1±5,55	22,1±1,05	+411,8	<0,001
	DS, %	14,3±0,72	35,6±0,85	-59,8	<0,001
	ФВ, %	28,7±1,08	64,6±1,00	-55,6	<0,001
	vсf, с	0,59±0,025	1,34±0,036	-56,0	<0,001
Задня стінка лівого шлуночка	h <sub>кд</sub> , см	1,1±0,01	0,9±0,02	+22,2	<0,001
	h <sub>кс</sub> , см	1,3±0,04	1,4±0,02	-7,1	>0,05
	DT, %	31,6±1,54	70,6±2,37	-55,2	<0,001
	A, см	0,73±0,043	1,09±0,027	-33,0	<0,001
	v, см/с	1,35±0,081	2,25±0,078	-40,0	<0,001
Міжшлуночкова перетинка	h <sub>кд</sub> , см	1,1±0,01	0,9±0,02	+22,2	<0,001
	h <sub>кс</sub> , см	1,3±0,04	1,4±0,02	-7,1	>0,05
	DL, %	31,6±1,54	70,6±2,37	-55,2	<0,001
	A, см	0,73±0,043	1,09±0,027	-33,0	<0,001
	v, см/с	1,35±0,081	2,25±0,078	-40,0	<0,001
Мітральний клапан	Екскурсія передньої стулки, см	1,77±0,06	2,28±0,08	-22,4	<0,001
	Швидкість відкриття, см/с	25,3±1,09	24,4±1,23	+3,7	>0,05
	Нахил E - F, см/с	11,7±0,65	13,3±0,78	-12,0	<0,05
	Сепарація, см	2,93±0,09	3,00±0,04	-2,3	>0,05
	E - S, см	2,42±0,08	0,45±0,05	+437,8	<0,001
Ліве передсердя	ДЛП, см	1,7±0,03	1,1±0,04	+54,5	<0,001
	ДА, см	5,0±0,13	2,9±0,08	+72,4	

**Примітка:** КДР - кінцево-діастолічний розмір, КСР - кінцево-систолический розмір, DS - ступінь вкорочення поперечного розміру, h<sub>кд</sub> - товщина в кінці діастолі, h<sub>кс</sub> - товщина в кінці систолі, DT - систолічне потовщення (в%), A - екскурсія, v - середня швидкість потовщення, Длп - діаметр лівого передсердя, Да - діаметр аорти.

лося приховано. У 29,0% хворих воно розвивалось підгостро, зазвичай на наступний день після вживання великої кількості алкоголю (алкогольного ексцесу). Першими клінічними проявами АКМП, зазвичай, є симптоми застійної серцевої недостатності, які спостерігались у 94,5% проаналізованих нами хворих. При цьому в більшості випадків (за нашими даними 66,4%) серцева недостатність на початку мала бівентрикулярний характер, що досить характерно для АКМП. У відповідності з класифікацією Н.Д.Стражеско та В.Х.Василенко ХНК I ступеня виявлялась у 4,5% випадків, IIА - у 41,8%, IIБ - у 37,3% і III ступеня - у 16,4% випадків. Згідно з класифікацією Нью-Йоркської асоціації кардіологів, цей поділ виглядає так: II функціональний клас - у 15,5% випадків, III ФК - у 46,4% і IV ФК - у 38,1% випадків. Значно менше спостерігалось випадків "безпричинного" виникнення порушень ритму і тромбоемболій (відповідно, у 4,5 і 1,8% випадків). У 2,7% хворих при профілактичному огляді було виявлено збільшення розмірів серця. Ос-

новні клінічні прояви захворювання, які визначаються при об'єктивному дослідженні, включають ознаки застійної серцевої недостатності, кардіомегалію, ритм галопу, порушення серцевого ритму і провідності, тромбоемболічні ускладнення.

До найважливіших та постійних діагностичних ознак АКМП відноситься кардіомегалія. Збільшення розмірів відносно тупості серця за перкуторними даними, переважно вліво, спостерігалось у всіх хворих, тоді як значне зміщення у всі сторони спостерігалось у 43,6% випадків.

Дані аускультативні серця при АКМП неспецифічні. Звертає на себе увагу ритм галопу (III чи IV тон), який відноситься до ранніх ознак захворювання. Він вислуховувався у 85,4% наших хворих. В 60,0% визначався неправильний ритм серцевої діяльності за типом частоті екстрасистолії чи миготливої аритмії.

У 88,1% хворих вислуховували систолічний шум відносно мітральної недостатності. Непостійно визначали послаблення I тону та акцент II над легеневою ар-

**Таблиця 2.** Частота зустрічаємості та статистична значущість діагностичних ознак АКМП.

№ п/п	Макроморфологічні ознаки	Частота зустрічі, %	Статистична значущість, %
1.	Розширення порожнин серця	94	3,0
2.	Склероз м'яких мозкових оболонок	94	3,0
3.	Набряк головного мозку	94	3,0
4.	Темно-червона рідка кров	94	3,0
5.	Венозне повнокрів'я внутрішніх органів	93	3,0
6.	Різко виражена дрябкість міокарда	92	2,9
7.	Збільшення ваги серця	91	2,9
8.	Розлиті інтенсивні темно-фіолетові трупні плями	90	2,9
9.	Недокрів'я селезінки	29	0,9
10.	Набряклість повік	21	0,7
11.	Пристінкові тромби у порожнинах серця	16	0,5
12.	Мимовільне сечовипускання та дефекація	10	0,3
13.	Мілкі крововиливи в сполучній оболонці ока	4	0,1

**Таблиця 3.** Частота зустрічаємості та статистична значущість діагностичних ознак АКМП.

№ п/п	Мікрморфологічні ознаки	Частота зустрічі, %	Статистична значущість, %
1.	Венозне повнокрів'я внутрішніх органів	100	3,2
2.	Крупнокрапельне ожиріння печінки, супроводжуючись гепатитом і/або цирозом	100	3,2
3.	Набряк головного мозку	99	3,1
4.	Дистрофічні зміни кардіоцитів	99	3,1
5.	Помірна нерівномірно виражена гіпертрофія м'язових волокон серця	95	3,0
6.	Потовщення та склероз м'яких мозкових оболонок	93	3,0
7.	Емфізема та крововиливи у легені	90	2,8
8.	Помірний набряк строми міокарда, явище sludge	85	2,7
9.	Нерівномірне повнокров'я у нирках та селезінці	70	2,0
10.	Фіброз та звапніння паренхіми підшлункової залози	39	1,1
11.	"Подушечки" та плазморагії в інтрамуральних артеріях міокарда	34	0,6
12.	Вогнища спустощення пульпи в селезінці	34	0,6
13.	Панкреатична кальцифікація	17	0,3

терією (відповідно, в 54,5 та 57,3% випадків). Більш поширеним, ніж порушення серцевого ритму, є тром-

боемболії малого та великого кола кровообігу. Вони спостерігалися в 32,7% хворих. У 8,2% хворих тромбоемболії мали рецидивуючий характер.

Різноманітні порушення серцевого ритму та провідності, за даними Холтерівського моніторингу, реєструються практично в 100% випадків АКМП. Серед них перше місце за частотою займають шлуночкові аритмії. Шлуночкові екстрасистоли різноманітних градацій виявляються в 94-100% випадків, у тому числі високого ступеня (парні чи "пробіжки" шлуночкової тахікардії) - в 50-60%, нестійкі пароксизми шлуночкової тахікардії - в 14-65% та стійкі - до 10%.

Ознаки гіпертрофії передсердь, переважно лівого, спостерігались у 61,0% хворих, у яких був синусовий ритм.

У 3,6% наших хворих визначались патологічні зубці Q. Їх морфологічним субстратом зазвичай є дифузний чи вогнищевий кардіосклероз, що призводить до порушення внутрішньошлуночкової провідності та втраті позитивних векторних сил.

Оглядова рентгенографія органів грудної клітки показала, що у всіх випадках визначається збільшення розмірів серця за рахунок його лівих відділів чи частіше тотальне збільшення, ступінь якого варіює від відносно невеликого до різко вираженого за типом *cor bovinum*. При цьому кардіоторакальний індекс складає в середньому  $0,65 \pm 0,04$ , перевищуючи 0,55 в 100% випадків, 0,6 в 72,7%. Внаслідок переважно міогенної дилатації шлуночків, більше лівого, тінь серця набуває шароподібну форму. Але при значному збільшенні лівого передсердя його конфігурація може наближатися до мітральної, яка визначалась у 21,8% наших хворих.

У боковій та косій проекціях тінь серця зазвичай займає значну частину ретростернального та ретрокардіального просторів. Поряд із дилатацією лівого шлуночка, як правило, спостерігаються рентгенологічні ознаки його гіпертрофії. Про це свідчить випуклість IV дуги по лівому контуру, переходячи в заокруглену верхівку.

Ехокардіографія є важливим методом діагностики АКМП, що дозволяє роздивитися всі камери та клапани серця, а також кількісно оцінити функціональний стан міокарда.

При АКМП (табл. 1) спостерігалось порівняно невелике (на 22,2%), але статистично достовірне збільшення середньої товщини задньої стінки лівого шлуночка наприкінці діастолу при незміненому рівні цього показника наприкінці систоли. Рух задньої стінки характеризувався вираженою гіпокінезією зі значним зменшенням абсолютної (екскурсія) і відносної величин її систолічного потовщення, а також середньою швидкістю потовщення, що відображає порушення скоротливої здатності міокарда. Аналогічні зміни помічені при дослідженні міжшлуночкової перетинки (див. табл. 1).

Як показав аналіз ЕхоКГ мітрального клапана (див. табл. 1), у групі хворих АКМП у порівнянні зі здоровими спостерігалось статистично достовірне зменшення середньої величини екскурсії передньої стулки при відсут-

ності значних відмінностей у швидкості відкриття, нахилу E-F та сепарації. Значно збільшеною (в 5,4 рази) виявилась відстань E-S.

Властива АКМП дилатація лівого шлуночка супроводжується суттєвим збільшенням діаметра лівого передсердя, величина якого в обстежуваних нами хворих майже в 2 рази перевищувала норму. Подібна різниця спостерігалася й при порівнянні значень цього показника, що відносився до діаметра аорти (див. табл. 1). Дилатація лівого передсердя при АКМП обумовлена, як відносною недостатністю мітрального клапана, так і застоєм крові на шляху притоку лівого шлуночка.

При загально клінічному та біохімічному дослідженнях крові характерних патологічних змін не виявлено. В окремих хворих (2-5%) можна знайти підвищення активності МВ ізоферменту креатинфосфокінази та його ізоформ зі збільшенням співвідношення МВ2/МВ1, що свідчить про аутоімунне незворотнє пошкодження кардіоміоцитів, що продовжується.

На підставі статистичного методу (кількісний аналіз) було встановлено, що частота зустрічі макроморфологічних та мікроморфологічних ознак алкогольної кардіоміопатії нерівномірна. Серед найбільш поширених ознак були наступні: розширення порожнин серця, склероз м'яких мозкових оболонок, набряк головного мозку, темна рідка кров зустрічалась у 93,6 % випадках. На підставі послідовного методу розпізнавання (метод Байєса), виходячи із формули Байєса була виявлена статистична значущість цих ознак, яка склала 3%, а такі ознаки як венозне повнокрів'я внутрішніх органів, різко виражена дряблість міокарда, збільшення ваги серця, розлиті інтенсивні трупні плями, зустрічались більш ніж у 90% випадків, а їх статистична значущість знаходиться у межах від 2,9 до 3%.

Ознаки, що найрідше зустрічаються, тобто котрі мають найменшу статистичну значущість є наступними: неокрив'я селезінки, набряклість повік, мілкі крововиливи у сполучні оболонки ока, пристінкові тромби у порожнинах серця, мимовільне сечовипускання та дефекація їх частота зустрічі знаходиться у межах від 4 до 29%, а статистична значущість від 0,1 до 0,9% (табл. 2).

Частота зустрічі мікроскопічних ознак алкогольної кардіоміопатії також нерівномірна. Найбільш часто зустрічались такі ознаки як: венозне повнокрив'я внутрішніх органів, крупнокрапельне ожиріння печінки, котре супроводжувалось гепатитом і/або цирозом, дистрофічні зміни кардіоміоцитів, помірна нерівномірно виражена гіпертрофія м'язових волокон серця, потовщення та склероз м'яких мозкових оболонок, емфізема та крововиливи у легені їх частота зустрічі знаходиться у межах від 100 до 93%, тобто їх статистична значущість знаходиться у межах 3,2-3,0%, та найменш зустрічаємі ознаки, тобто ті, котрі мали найменшу статистичну значущість - це помірний набряк строми міокарда, явище "sludge", нерівномірне повнокрив'я у нирках та селезінці, фіброз та звапніння паренхіми підшлункової залози, "подушеч-

ки" та плазморагії в інтрамуральних артеріях міокарда, вогнища спустошення пульпи в селезінці, панкреатична кальцифікація - частота зустрічі знаходиться у межах від 85 до 17%, а їх статистична значущість була у межах від 2,7 до 0,1%, що представлено в таблиці 3. Таким чином, встановлена частота зустрічаємості та статистична значущість усіх ознак, котрі досліджували.

Було з'ясовано, що більш ніж у половині випадків (у 53,6%) у крові та сечі етиловий спирт при токсикологічному дослідженні знайдено не було. При наявності етанолу у крові та сечі смерть від АКМП найчастіше спостерігалась при легкому алкогольному сп'янінні (0,5-1,4‰), що склало 50%, рідше - при помірному - (1,2-2,4‰), що склало 28,2%, та при дуже вираженому - (2,5-3,5‰) було зареєстровано 17,3%. Лише у 2-х випадках відмічено незначний вплив алкоголю на організм (0,4‰).

У ході дослідження встановлено, що більшість осіб померлих від алкогольної кардіоміопатії зловживали спиртними напоями. Їх питома вага склала 80%.

Встановлена частота зустрічаємості ознак АКМП, на підставі котрої була визначена діагностична цінність ознак у вигляді значення їх коефіцієнтів та статистична значущість макроморфологічних та мікроморфологічних ознак алкогольної кардіоміопатії.

Результати дослідження показали, що частота зустрічі більшості ознак АКМП, а отже, і їх діагностична цінність відрізняються між собою нерівномірністю, про що свідчать різноманітні значення їх коефіцієнтів, які знаходяться у межах від 0,1 до 3,2%

Сума статистичної вірогідності, діагностичних ознак визначає ступінь достовірності висновків експерта про причину смерті. Якщо сума ознак складає 95% і більше, тоді висновок про причину смерті від алкогольної кардіоміопатії слід вважати достовірним, якщо менш 95%, тоді висновок не слід вважати достовірним.

### Висновки та перспективи подальших розробок

1. Смерть від алкогольної кардіоміопатії найбільш часто зустрічалась у осіб, які зловживали алкоголем. Їх питома вага склала 80%.

2. Смерть від алкогольної кардіоміопатії більш ніж у половині випадків настає при відсутності слідів етанолу у крові та сечі (53,6%); при наявності етанолу у крові та сечі смерть від АКМП частіше спостерігається при легкому алкогольному сп'янінні (0,5-1,4‰), що склало 50%, рідше - при помірному - (1,2-2,4‰), що склало 28,2%, та при дуже вираженому - (2,5-3,5‰) було зареєстровано 17,3%. Лише у 2-х випадках відмічений незначний вплив алкоголю на організм (0,4‰).

3. Встановлена частота зустрічаємості та статистична цінність макро- та мікро- морфологічних ознак алкогольної кардіоміопатії, котрі відрізняються нерівномірністю та дозволяють судити про діагностичну цінність ознак. Деякі ознаки мають велику частоту зустрічі, на-

приклад, із макроморфологічних ознак - це розширення порожнини серця, склероз м'яких мозкових оболонок, набряк головного мозку, темна рідка кров зустрічались у 94%, та їх статистична цінність склала 3%. Були встановлені ознаки, які мали меншу частоту зустрічаємості - недокрів'я селезінки, набрякливість повік, мілкі крововиливи у сполучні оболонки ока, пристінкові тромби у порожнинах серця, мимовільне сечовипускання та дефекація - їх частота зустрічі знаходиться у межах від 4 до 29%, а статистична цінність від 0,1 до 0,9%.

4. Частота зустрічаємості мікроморфологічних ознак також нерівномірна: найбільша частота склала 100%, а

найменша 0,1%. Отже, статистична цінність також була нерівномірною та склала від 3,2% до 0,3%.

5. Сукупність статистичної вірогідності діагностичних ознак визначає ступінь достовірності висновків експерта про причину смерті від алкогольної кардіоміопатії. Якщо сума коефіцієнтів складає 95% і більше, то висновки про причину смерті від алкогольної кардіоміопатії слід вважати достовірним, якщо менш ніж 95%, тоді висновок не слід вважати достовірним.

У подальших дослідженнях планується визначити діагностичну цінність клінічних ознак у вигляді коефіцієнтів при АКМП.

### Список літератури

- Амосова Е.Н. Кардіоміопатії /Е.Н.Амосова.- К.: Книга-плюс, 1999.- 425 с.
- К вопросу о частоте алкогольной кардиомиопатии и влиянии на нее некоторых факторов /В.А.Породенко, Е.И.Быстрова, Травенко Е.Н. [и др.] //Перспективы развития и совершенствования судебно-медицинской службы Росс. федерации: Матер. V Всерос. Съезда судебных медиков.- М.; Астрахань: Ассоц. "Всеросс. Общество Судебных Медиков", 2000.- Вип.5.- С.234-236.
- Раптова смерть при алкогольной кардиомиопатии /А.И.Найда, В.М.Нартиков, Л.П.Ногац [та ін.] //Практична медицина.- 2002.- №3.- С.66-70.
- Men T. Russian mortality trends for 1991-2001: analysis by cause and region / T.Men //BMJ.- 2003.- Vol.327.- P.964.
- Rubin E. Alcoholic cardiomyopathy /E.Rubin, J.Doria //Alcohol Health Res World.- 1990.- T.14, №3-4.- P.277-284.

**Коновалов С.В.**

### КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ АЛКОГОЛЬНОЙ КАРДИОМИОПАТИИ (РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ)

**Резюме.** В статье проанализированы основные клинические проявления заболевания (жалобы, анамнез заболевания, данные объективного обследования), результаты инструментального (ЭКГ, Эхо-кардиография, рентгенологическое исследование) и лабораторного обследования, а также морфологические проявления АКМП. С целью анализа полученных данных были использованы методы математической статистики: количественный анализ и последовательный метод распознавания - метод Байеса. Определено частоту симптомов, встречающихся при АКМП, на основании которых определялась диагностическая ценность признаков в виде коэффициентов.

**Ключевые слова:** алкоголь, сердце, алкогольная кардиомиопатия.

**Konovalev S.V.**

### CLINICAL AND MORPHOLOGICAL CHANGES IN ALCOHOLIC CARDIOMYOPATHY (RETROSPECTIVE ANALYSIS)

**Summary.** In the article the main clinical manifestations of the disease (complaints, medical history, physical examination data), the results of instrumental (ECG, Echocardiography, x-ray) and laboratory studies and morphological signs of ACMP were analyzed. To analyze the received data the methods of mathematic statistics were used: quantitative analysis and sequential recognition method, the Beyes method among them. The frequency of the symptoms of ACMP was determined, which was the base of the diagnostic value of the signs in the coefficients form.

**Key words:** alcohol, heart, alcoholic cardiomyopathy.

Стаття надійшла до редакції 13.11.2012р.

© Коробко О.А.

УДК: 616.248:616.24-008.4:008.1

**Коробко О.А.**

Вінницький національний медичний університет імені М.І.Пирогова, кафедра внутрішньої медицини №2 (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, 21018, Україна)

## ГЕНДЕРНО-ВІКОВІ ВІДМІННОСТІ ТА КОРЕЛЯЦІЙНІ ЗВ'ЯЗКИ МІЖ ПОКАЗНИКАМИ ЯКОСТІ ЖИТТЯ ТА ФУНКЦІЄЮ ЗОВНІШНЬОГО ДИХАННЯ У ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ

**Резюме.** Обстежено 118 пацієнтів на персистуючу бронхіальну астму середнього ступеня тяжкості, серед них було 47 (39,8%) чоловіків та 71 (60,2%) жінок. Найбільша кількість хворих (52 особи, що становило 44,1%) спостерігалась у віці 18-44 роки. Якість життя респондентів вивчали за допомогою української версії опитувальника MOS SF-36. Показники якості життя не корелювали з показниками функції зовнішнього дихання у всіх пацієнтів (визначались зворотні або незначні прямі кореляційні зв'язки).

**Ключові слова:** бронхіальна астма, якість життя, функція зовнішнього дихання.