

УДК 616.127—005.4+616.89—008.441.13—0991—079.4—091

## МЕТОД ОБЪЕКТИВИЗАЦИИ ПОСТМОРТАЛЬНОЙ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА, ОСТРОГО АЛКОГОЛЬНОГО ОТРАВЛЕНИЯ И АЛКОГОЛЬНОЙ МИОКАРДИОДИСТРОФИИ

А. М. Хромова, Ю. Г. Забусов, И. Г. Абузяров, Р. А. Камбург

Республиканское бюро судмедэкспертизы (нач.— Ю. П. Калинин) МЗ ТССР,  
кафедра судебной медицины (зав.— доц. Р. А. Якупов)

Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института имени С. В. Курашова

**Реферат.** Создана математическая программа, позволяющая улучшить и объективизировать дифференциальную диагностику ишемической болезни сердца, алкогольной миокардиодистрофии и острого алкогольного отравления. Проанализировано более 100 случаев скоропостижной смерти с использованием вычислительной техники. Преимуществами метода являются его простота и возможность применения в любом бюро судмедэкспертизы и в патолого-анатомической практике.

**Ключевые слова:** постмортальная диагностика, вычислительная техника, ИБС, алкогольное отравление, алкогольная миокардиодистрофия.

1 таблица. Библиография: 3 названия.

Внезапная смерть в наше время — объект обширных мультидисциплинарных исследований, что объясняется распространенностью этого явления. Нам представляется целесообразным уточнить критерии, которые могли бы помочь судмедэксперту, патологоанатому и терапевту различить на практике две самые частые нозологические формы внезапной сердечной смерти (ВСС) — ранние стадии ишемической болезни сердца (ИБС), алкогольной миокардиодистрофии (АМД), именуемой часто кардиомиопатией [1], с острым алкогольным отравлением (ОАО), относящимся к насильственной смерти. По данным Республиканского бюро судмедэкспертизы МЗ ТССР, в 1988 г. в Казани естественная смерть констатирована у 359 умерших (19,8% от общего числа вскрытий). ИБС диагностирована в 260 случаях, АМД — в 28, ОАО — в 138. Таким образом, задача дифференциации ИБС, АМД и ОАО вставала перед судмедэкспертами в 426 экспертизах. Надо подчеркнуть, что химическое определение концентрации этанола в крови и моче имеет относи-

тельную ценность, так как 5—6% этанола, которые расцениваются как смертельные, много раз встречались у людей, погибших от других причин, и у живых лиц. Трудность диагностики ИБС, АМД и ОАО состоит в том, что многие морфологические детали с разной частотой наблюдаются при всех трех нозологических формах, а патогномоничные признаки редки. Кроме того, морфологические признаки внезапной смерти могут быть при АМД, ОАО и часто при ИБС. Достоверным мы можем считать диагноз в тех случаях, где нет противоречивости между результатами макроскопического, гистологического и химического исследований, причем особо важно первое.

Начиная исследование, судмедэксперт и патологоанатом (при внебольничной смерти) обычно не имеют сведений о том, что предшествовало смерти. Нами разработана регистрационная карта, заполняемая дежурными экспертами на месте обнаружения трупа со слов родственников, соседей или очевидцев смерти. Опыт показал, что для постмортальной диагностики собранный таким образом анамнез в большинстве случаев ценнее, чем амбулаторные карты. Тем не менее изучение последних при ВСС должно стать обязательным.

Катамнестические признаки отбирали на основании их диагностической ценности и возможности практического использования. По тому же принципу создана диагностическая таблица макроскопических изменений при ИБС, ОАО и АМД, опубликованная нами ранее [3] и нашедшая применение в практике. Позже была разработана таблица патогистологических и гистохимических

**Дифференциальная диагностика ишемической болезни сердца, острого алкогольного отравления и алкогольной миокардиодистрофии**

Признаки	ИБС	ОАО	АМД
----------	-----	-----	-----

**1. КАТАМНЕЗ**

Катамнестические данные по регистрационной карте			
боли в сердце	5	2	3
боли, купируемые нитроглицерином	5	3	3
сердечные заболевания в прошлом	4	2	3
злоупотребление алкоголем	2	5	5
употребление алкоголя в день смерти	3	5	4
употребление алкоголя накануне дня смерти	3	3	4
При наличии медицинских документов:			
жалобы на одышку, сердцебиение, потливость, похолодание конечностей	3	3	5
сведения об артериальной гипертонии	4	2	2
данные ЭКГ (коронарный зубец Т, горизонтальная депрессия сегмента Т более 5 мм в стандартных отведениях, очаговые изменения в миокарде)	5	2	2
гипохолестеринемия	4	2	2
функциональная патология печени (АЛТ, сулемовая, тимоловая пробы и др.)	2	2	4

**2. МАКРОСКОПИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ**

признак Курдюмова	2	4	4
масса сердца, равная 400 г	3	2	4
толщина стенки левого желудочка, равная 15 мм	3	2	2
желтоватый оттенок миокарда	1	3	4
сгустки крови в полостях сердца	3	1	2
жидкая кровь в полостях сердца	2	5	4
рубцовые очаги в миокарде	4	2	2
атеросклероз венечных артерий	5	3	2
окклюзия полостей сердца	3	2	3
отек легких	4	4	3
геморрагический отек легких	2	5	3
фибротизирующий панкреатит	1	2	4
обесцвечивание содержимого тонкого кишечника в верхней трети	1	5	2
стеатоз печени	2	3	4
отек фатерова сосочка	1	5	2
переполнение мочевого пузыря	2	5	2

**3. ГИСТОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ**

а) эпикард			
тонкий	2	3	3
клеточная инфильтрация	2	1	3

Признаки	ИБС	ОАО	АМД
повышенное кровенаполнение сосудов	2	4	3
б) миокард			
волокна			
толщина	4	2	3
увеличение	2	2	4
истончение	2	2	4
атрофия	1	2	4
волнообразное расположение	2	2	4
контрактурная дегенерация	5	2	3
фрагментация	4	2	3
миоцитоллиз	2	5	4
жировая дистрофия	2	3	5
повышенное содержание липофусцина	2	3	5
очаговая фуксинофилия	5	2	3
диффузия фуксинофилия	3	3	4
межуточная ткань миокарда			
очаговый кардиосклероз	5	2	3
диффузный кардиосклероз	4	2	4
липоматоз	2	2	4
лимфогистиоцитарные скопления	1	2	4
сосуды межучной ткани			
набухание и пролиферация эндотелия артериол	2	3	5
спазм артериол	5	3	4
дистония артериол	3	3	4
перикапиллярный и перивенулярный фиброз	2	2	5
дистония вен и их полнокровие	4	3	4
сладж-феномен	3	5	5
очаговые экстравазаты	4	3	4
диссеминированные экстравазаты	2	4	3
венечные сосуды			
поражение атеросклерозом более одной артерии	5	2	2
стеноз просвета более 50%	5	2	2

признаков. Каждый признак оценен с помощью многомерного анализа [2] и переведен в балльную систему: 1 балл означает, что признак исключается, 2 — встречается редко, 3 — встречается нередко, 4 — встречается часто, важный признак, 5 — диагностический признак. Большое число признаков в трафаретном шаблоне сильно затрудняет оценку при-

тем простого арифметического подсчета, не исключającego и субъективности. В целях более совершенной системы оценки нами была разработана математическая программа на языке «Бейсик» с использованием ЭВМ Д 3-28 при участии доцента Казанского университета В. Д. Соловьева.

Проведено более 100 первичных и повторных экспертиз для изучения случаев внезапной смерти. В каждом случае заполняли трафарет случая с обнаруженными признаками и их балльной оценкой. Дифференцирование производили с помощью ЭВМ по заложенному в ней трафарету-шаблону, основанному на определении наименьшей разности между суммой баллов в трафарете случая и трафарете-шаблоне.

В доступной литературе мы не нашли попыток машинизированной объективизации постмортальной дифференциальной диагностики заболеваний и состояний, имеющих черты морфологического

сходства.

Итак, предлагаемый метод позволяет с большей объективностью проводить постмортальную дифференциальную диагностику ишемической болезни сердца, алкогольной миокардиодистрофии и острого алкогольного отравления. Преимуществом метода является его доступность, так как не исключается безмашинное использование, а по мере компьютеризации служб здравоохранения появится возможность применения в любом бюро судебно-медицинской экспертизы или патологоанатомическом отделении.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Василенко В. Х., Фельдман С. Б., Хитров Н. К. // В кн.: Миокардиодистрофия. — М., Медицина, 1989.

2. Вольнский Н. Д., Курочкина А. И. // Вестн. АМН СССР. — 1987. — № 1. — С. 84—93.

3. Забусов Ю. Г. // В кн.: Материалы II Всероссийского съезда судебных медиков. — Иркутск, М., 1987.

Поступила 03.08.89.

УДК 616.367—089.48—073.178 : 612.357.75

## ИНТРАОПЕРАЦИОННАЯ ПЕРФУЗИОННАЯ ХОЛАНГИОМАНОМЕТРИЯ В ОЦЕНКЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ СФИНКТЕРА ОДДИ

О. С. Кочнев, В. З. Ситдииков

*Кафедра неотложной хирургии (зав.— проф. О. С. Кочнев)  
Казанского института усовершенствования врачей имени В. И. Ленина*

**Реферат.** Предложен новый метод интраоперационной диагностики функционального состояния сфинктера Одди. Метод основан на регистрации раздражений сфинктера, вызываемых раствором соляной кислоты. Это позволяет дифференцировать обратимые и необратимые изменения в терминальном отделе холедоха. Проведено 76 исследований у больных с различной патологией большого дуоденального соска. На основании полученных сфинктерограмм выделены группы больных и определен объем оперативного вмешательства.

Ключевые слова: сфинктер Одди, интраоперационная перфузионная холангиоманометрия.

1 таблица. 4 иллюстрации. Библиография: 8 названий.

В последние годы возросло число операций на желчном пузыре и желчных протоках. Неполноценная коррекция патологических изменений желчевыводящей системы во время операции является причиной развития так называемого постхолецистэктомического синдрома (ПХЭС) у 3—48% больных [2, 5, 7]. Наиболее часто ПХЭС возни-

кает вследствие панкреатита (28,5%), папиллоспазма (27,4%), стеноза большого дуоденального соска (БДС) с холедохолитиазом (18,3%) и без него (12,7%), холедохолитиаза (13,7%) [3]. Иными словами, это состояние связано, с одной стороны, с функциональными нарушениями терминального отдела холедоха, с другой — с органическими поражениями БДС. Поэтому выбор адекватного оперативного лечения сфинктера Одди зависит от того, насколько правильно определен характер его нарушений, поскольку при дисфункции требуется лечение одного вида, при органических поражениях — другого вида.

Несмотря на большое число дооперационных методов исследования, одним из важнейших факторов диагностики, влияющих на конечный результат лечения, является интраоперационное обследование желчных путей. Однако интерпретация операционных находок до-