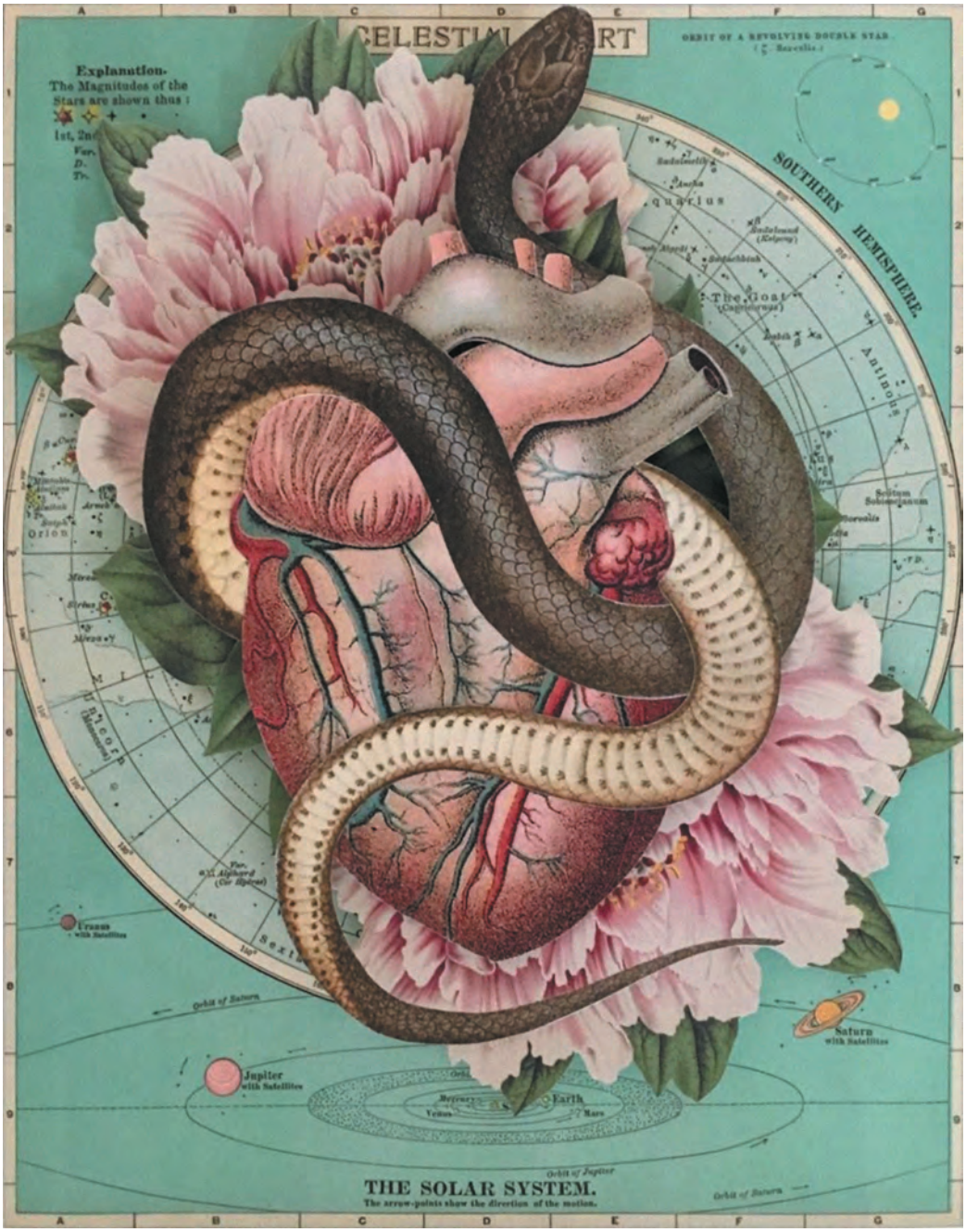


СЕРДЦЕ И ЗМЕЙ



Автор:
Анна Сергеевна Аксельрод, д.м.н., профессор кафедры кардиологии, функциональной и ультразвуковой диагностики Института клинической медицины им. Н.В. Склифосовского ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва, Россия

ПАЦИЕНТ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ НА ПРИЕМЕ У КАРДИОЛОГА: ЧТО ВАЖНО?

Пациенты с алкогольной зависимостью чаще всего ассоциируются с амбулаторными консультациями врачей-наркологов или госпитализациями в стационары наркологического профиля для купирования алкогольного абстинентного синдрома. Тем не менее нельзя отрицать, что эти больные неизбежно оказываются в поле зрения участкового терапевта и кардиолога поликлиники, а также врачей отделений общей терапии или кардиологических отделений стационаров. Этому способствуют, прежде всего, индивидуальные особенности клинических проявлений и характера течения как раннего абстинентного периода, так и постабстинентного периода.

На сегодняшний день в истории вопроса риска как общей, так и сердечно-сосудистой смертности этих больных можно отследить несколько периодов. Анализ смертности в Российской Федерации за период с 1980 по 2009 год, представленный в докладе Общественной палаты Российской Федерации 13 мая 2009 года «Злоупотребление алкоголем в РФ: социально-экономические последствия и меры противодействия» [1], продемонстрировал, что общая смертность, связанная с алкоголем, составляет около 426 000 случаев в год (около 23,4% всех смертей). При этом по причинам, ассоциированным с алкоголем, умирает каждый третий мужчина и каждая шестая женщина. Однако самый высокий вклад в алкогольную смертность вносят сердечно-сосудистые заболевания, которые составляют около 194 400 случаев в год, или 19,4%, в общей сердечно-сосудистой смертности. При сравнении этой официальной статистики с результатами судебно-медицинских экспертиз было отмечено ее значительное занижение. В этом же докладе было показано значительное превышение уровня потребления алкоголя, признанного экспертами Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) относительно безопасным, – 8 л/год на человека: на тот момент данный уровень в РФ составлял более 15 л/год (рис. 1).

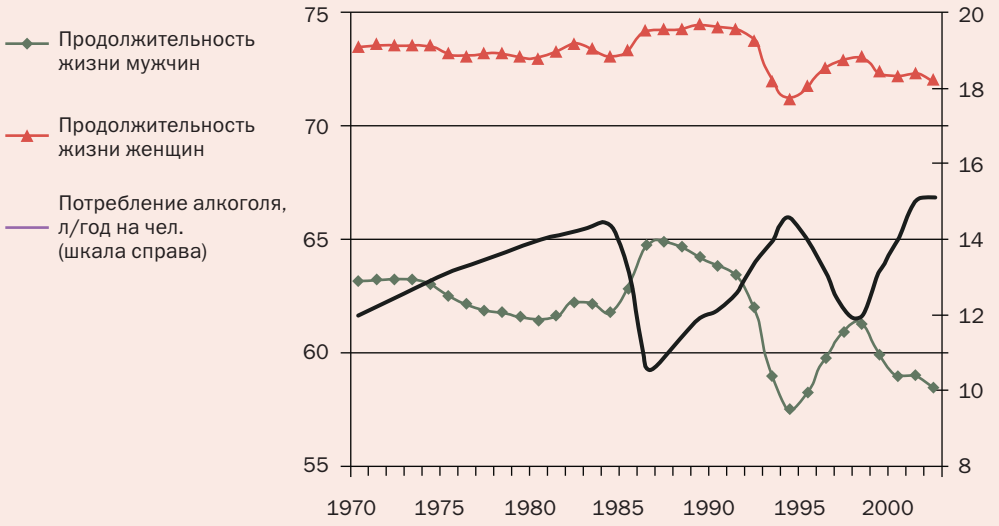
Совершенно понятно, что проблема является масштабной. Сходная картина анализа смертности за период с 1990 по 2014 год была представлена в 2017 году в докладе ВОЗ «Public health successes and missed opportunities. Trends in alcohol consumption and attributable mortality in the European region of the World Health Organization» [2]. В докладе было показано, что общая смертность, связанная с алкоголем, увеличилась за этот период на 4%. Случаи алкоголь-ассоциированной смертности на 100 000 общих смертей для РФ составили 14,87 и, таким образом, РФ заняла в этом вопросе одно из лидирующих мест (см. табл. 1).

Анализ взаимосвязи общей и алкоголь-атрибутивной смертности с употреблением алкогольной продукции, представленный в публикации Лоскутова Д. В. и Хамитовой Р. Я. [3] в 2020 году, также свидетельствует о следующей динамике алкоголь-ассоциированной смертности за период с 2000 по 2017 год:

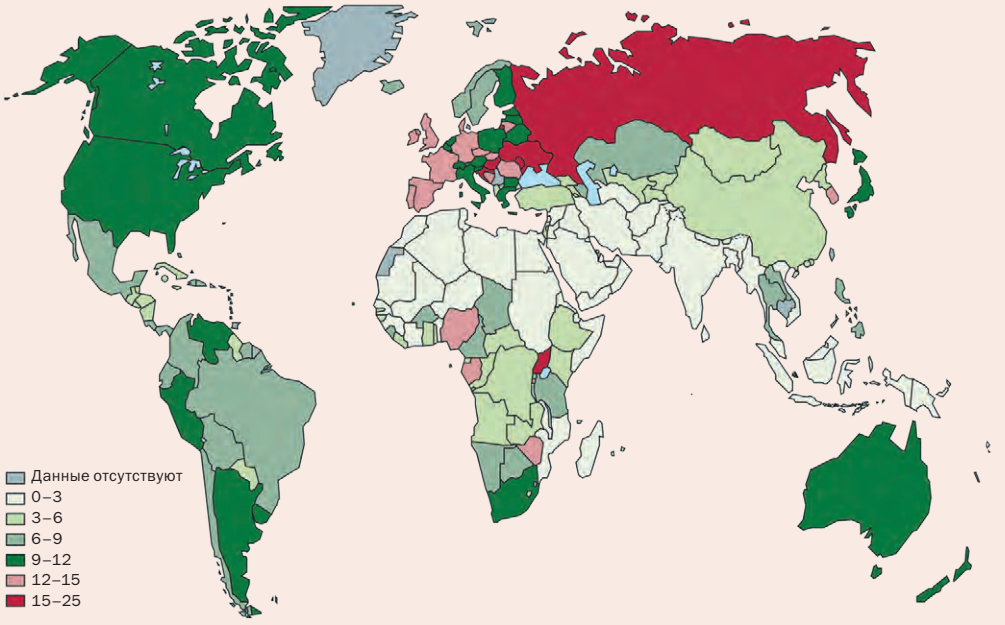
- алкоголь-ассоциированная смертность составляет около 3% в структуре общей смертности за 2017 год;
- структура и уровни алкогольной смертности существенно изменились: доля смертей от случайного отравления алкоголем сократилась с 93,9 до 57,2%;
- устойчивый нисходящий характер отмечается лишь на сельских территориях, однако смертность от причин, связанных с употреблением алкоголя, в селах превосходит таковую в городах.

И наконец, интересны результаты систематического анализа смертности за период с 1990 по 2016 год для 195 стран, представленные в 2018 году [4]. Популяционные данные из 694 источников были соотнесены с результатами 592 проспективных и ретроспективных исследований о влиянии алкоголя на здоровье и вероятность развития 23 заболеваний, в том числе цирроза, туберкулеза, рака печени, ин-

Рис. 1. Употребление алкоголя в РФ за период с 1980 по 2009 год (из доклада Общественной палаты Российской Федерации «Злоупотребление алкоголем в РФ: социально-экономические последствия и меры противодействия», 13.05.2009)



ПОТРЕБЛЕНИЕ АЛКОГОЛЯ НА ОДНОГО ВЗРОСЛОГО ЧЕЛОВЕКА В 2003 ГОДУ (Л ЧИСТОГО АЛКОГОЛЯ)

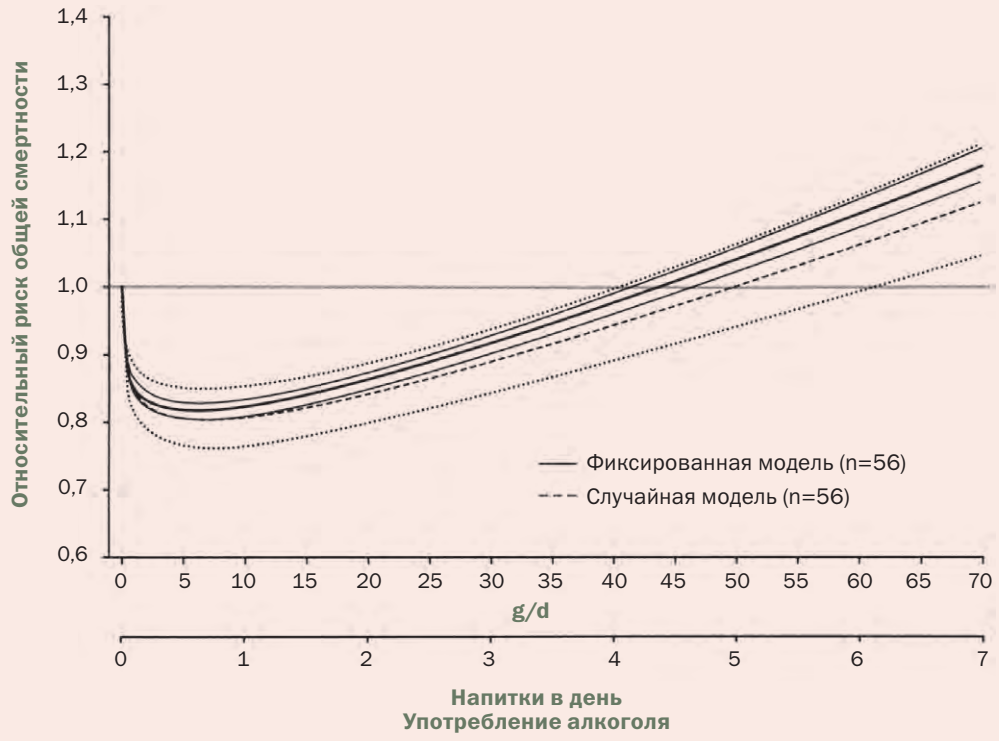


сульта, сахарного диабета, потенциально связанных с алкоголем. Также оценивался риск общей и сердечно-сосудистой смертности. Результаты анализа продемонстрировали, что риск общей смертности увеличивался значимо за счет онкологических заболеваний у лиц любого пола и возраста. Однако в возрасте старше 80 лет как у мужчин, так и у женщин он увеличивался за счет большей распространенности артериальной гипертензии (АГ) и геморрагического инсульта. Было показано, что протективного действия алкоголя в отношении сахарного ди-

Таблица 1. Случаи алкоголь-ассоциированной смертности на 100 000 общих смертей за период с 1990 по 2014 год (из доклада ВОЗ, 2017 г.)

Место	Страна	Общее количество случаев на 100 тыс. смертей	Мужчины, тыс.	Женщины, тыс.
1	Сальвадор	17,56	38,97	1,02
2	**Россия**	**14,87**	**26,12**	**5,25**
3	Эстония	12,31	20,97	4,58
4	Гватемала	10,6	21,07	1,8
5	Никарагуа	8,7	18,16	0,55
6	Латвия	8,27	14,84	2,69
7	Литва	8,18	13,5	3,57
8	Беларусь	8,18	13,5	3,57
9	Дания	7,51	12,04	3,14
10	Финляндия	7,47	11,86	3,22

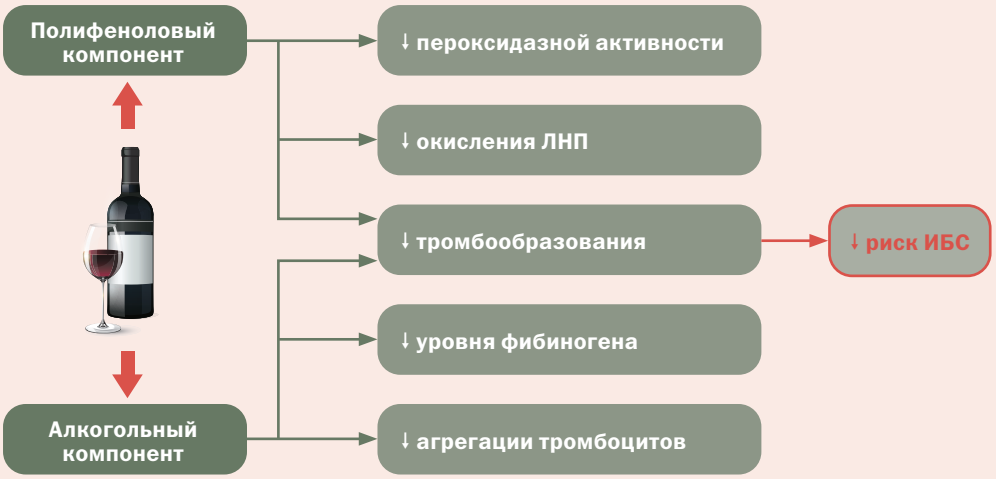
Рис. 2. Общая смертность и употребление алкоголя: J-образная зависимость



абета не выявлено. Также было показано, что минимальной безопасной дозы алкоголя нет.

Относительно протективного действия алкоголя следует отметить, что в результатах этого анализа единственным протективным действием алкоголя была признана J-образная зависимость в отношении ишемической болезни сердца при его умеренном употреблении (рис. 2). Результаты анализа вновь подтвердили наличие так называемого французского парадокса:

Рис. 3. Влияние красного вина на факторы риска развития ишемической болезни сердца



Wollin S.D.J. Nutr. 2001;131:1401–1404

имеется сравнительно низкий риск развития сердечно-сосудистых заболеваний у жителей Франции при высококалорийном рационе питания и обилии в нем жиров, что традиционно ассоциируется с культурой ежедневного употребления красного столового вина [5].

Анализ причин французского парадокса проводился неоднократно, начиная с многочисленных публикаций в 2000–2005 годах, наиболее полно биохимические звенья и механизмы этого феномена были представлены в публикации Wollin S. в 2001 году [6] (рис. 3.).

Целью к 2030 году, в соответствии с Европейским планом, было поставлено снижение потребления алкоголя на 10%.

По сути, результаты всех проведенных в течение последних 20 лет исследований продемонстрировали высокую целесообразность Европейского плана действий по сокращению вредного употребления алкоголя на 2012–2020 годы [7]. Этот план был создан и одобрен 53 государствами – членами Европейского региона ВОЗ – в сентябре 2011 года. На момент его утверждения было принято вредным употребление алкогольных напитков в день из расчета более 40 г чистого спирта для мужчин и 30 г – для женщин, что составляет до 14 ед в неделю для мужчин и до 7 ед в неделю для женщин, при этом 1 ед – 125 мл вина или 250 мл пива.

На конгрессе Европейского общества кардиологов (2020) при обсуждении рекомендаций по изменению образа жизни для нормализации значений артериального давления (АД) было продемонстрировано, что полное исключение алкоголя не показано (табл. 2).

Все результаты анализа распространенности сердечно-сосудистой патологии у пациентов с алкогольной зависимостью неизбежно привели к обновлению в 2022 году рекомендаций относительно безопасности употребления алкоголя [8]. Было показано, что безопасной дозы алкоголя не существует и поощрение ежедневного употребления алкоголя нецелесообразно. При этом также была подчеркнута важность обсуждения с пациентами, имеющими алкогольную зависимость, увеличения риска развития геморрагического инсульта на фоне ежедневного употребления алкоголя при наличии доказанной АГ.

Представляется также очень важным вопрос о том, что именно следует считать алкогольной кардиомиопатией (алкогольной кардиопатией, АКМП). При анализе распространенности этой патологии мы видим, что в различных руководствах и пособиях она варьирует от 23 до 40% среди пациентов с алкогольной зависимостью, при этом оставаясь в пределах около 3,8% среди всех кардиомиопатий [9–12]. Тем не менее большинство авторов сходится во мнении, что отсутствует прямая зависимость между поражением сердца и количеством и длительностью употребления алкоголя [9]. Риск развития АКМП несомненно повышен у лиц, употребляющих алкоголь в дозе, превышающей 90 г/сут, в течение 5 лет и более [8]. При этом средняя продолжительность употребления алкоголя у пациентов с АКМП по данным большинства исследований –

Таблица 2. Рекомендации по изменению образа жизни для нормализации значений артериального давления (немедикаментозные мероприятия в соответствии со стандартами ESH/ESC 2018–2020): исключение алкоголя не показано

Рекомендации	Класс	Уровень
Рекомендуется ограничение соли до <5 г в день	I	A
Рекомендуется ограничить употребление алкоголя: • менее 14 единиц в неделю для мужчин • менее 8 единиц в неделю для женщин	I	A
Рекомендуется избегать пьянства	III	C
Рекомендуется повышенное потребление овощей, свежих фруктов, орехов, ненасыщенных жирных кислот (оливковое масло), нежирных молочных продуктов и низкое потребление мясных продуктов	I	A
Контроль массы тела во избежание ожирения (ИМТ >30 кг/м^2 или окружность талии >102 см у мужчин и >88 см у женщин) и стремление к здоровому ИМТ (около 20–25 кг/м^2) и окружности талии <94 см у мужчин и <80 см у женщин для снижения АД и сердечно-сосудистого риска	I	A
Рекомендуются регулярные аэробные нагрузки (например, не менее 30 минут умеренных динамических упражнений 5–7 дней в неделю)	I	A
Рекомендуется отказ от курения, поддерживающая терапия и направление на программы по избавлению от никотиновой зависимости	I	B

Williams B, Mancia G, Spiering W, AgabitiRosei E, Azizi M, et al. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. Eur Heart J. 2018 Sep 1;39(33):3021–3104. doi: 10.1093/eurheartj/ehy339.

Рис. 4. Патогенез алкогольной кардиомиопатии



более 15 лет [7, 9, 10].Очевидно, что картина развернутой дилатационной кардиомиопатии (ДКМП) с явлениями хронической сердечной недостаточности (ХСН) у пациента с документированной алкогольной зависимостью, неоднократно госпитализировавшегося в наркологический стационар, не вызывает сомнений в ее генезе (рис. 4).

Однако очень важным на практике остается вопрос: являются ли другие сердечно-сосудистые

симптомы у таких больных проявлением хронической алкогольной интоксикации?

По сути, и практикующий нарколог, и кардиолог, и терапевт может видеть у этих пациентов следующие варианты кардиальной патологии:

- классический вариант: ДКМП, постоянная форма фибрилляции предсердий (ФП) с явлениями ХСН;
- только пароксизмальная форма ФП с практически нормальным размером левого предсердия (ЛП);
- частая одиночная и групповая полиморфная наджелудочковая и желудочковая экстрасистолия с отсутствием изменений при проведении трансторакальной эхокардиографии (ЭхоКГ);
- устойчивая и неустойчивая пароксизмальная желудочковая тахикардия (ЖТ), пароксизмы суправентрикулярной тахикардии (СВТ) с отсутствием изменений при проведении ЭхоКГ.

Этот вопрос является, безусловно, важным, поскольку в зависимости от ответа на него будет выбран патогенетически правильный и эффективный как антиаритмический, так и гипотензивный препарат. При этом имеет большое значение сам факт прекращения или, напротив, продолжения употребления алкоголя (рис. 5).

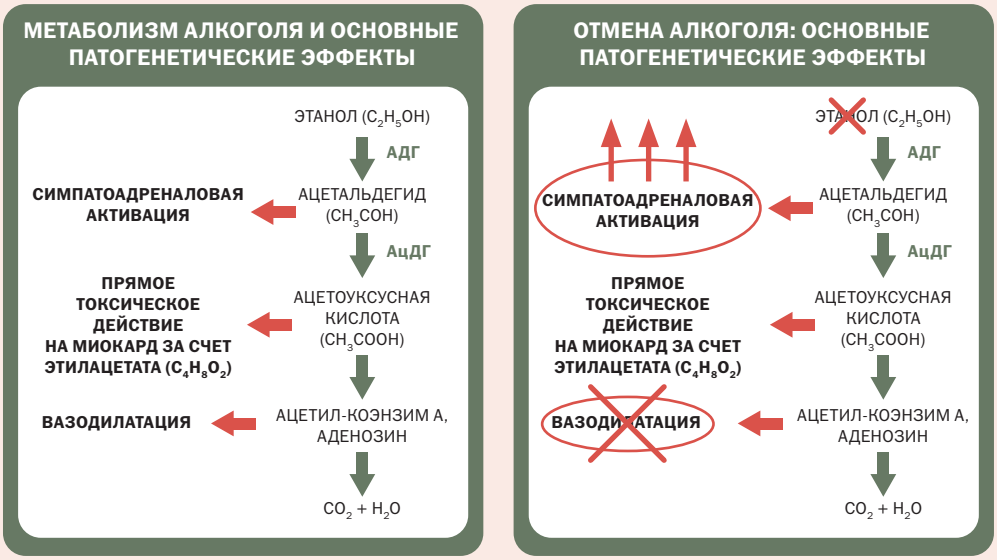
Очевидно, что именно у пациента, продолжающего употреблять алкоголь, мы, скорее, диагностируем АКМП как за счет длительности алкогольного анамнеза, так и за счет низкой приверженности терапии. Именно такие пациенты продемонстрируют гораздо более высокий риск как общей и внезапной сердечной смерти (ВСС), так и достоверно большей распространенности нефатальных сердечно-сосудистых осложнений.

Вероятнее всего, практикующий врач любой специальности будет чаще иметь дело именно с прекратившими употреблять алкоголь пациентами во время их алкогольной ремиссии (во время алкогольного абстинентного синдрома (ААС) – первые 72 часа после прекращения употребления алкоголя, в раннем (1 месяц) или позднем (в течение 1 года) постабстинентном периоде), когда пациент продемонстрирует различные нарушения сердечного ритма или АГ. Важным является также и тот факт, что индукция таким пациентом нарушений сердечного ритма и АГ в ответ на отмену алкоголя далеко не всегда ассоциирована с длительностью алкогольного анамнеза или с видом и количеством алкогольного напитка. Более важным в этом смысле будет являться исходный вегетативный статус пациента. В частности, гораздо тяжелее отмену алкоголя будут переносить именно пациенты с конституциональной гиперсимпатикотонией, поскольку именно высокий тонус симпатического отдела вегетативной нервной системы будет более уязвимым с точки зрения симпатической индукции желудочковых аритмий или неконтролируемой АГ. Исходя из доказанных гиперсимпатоадреналовых механизмов и парадоксальной гиперсимпатикотонии и вазоконстрикции с дофаминовыми кризами в ответ на резкое полное прекращение его употребления (рис. 6) стано-

Рис. 5. Характеристика пациентов, прекративших употребление алкоголя и продолжающих употреблять алкоголь



Рис. 6. Гиперсимпатикотония и вазоконстрикция в ответ на полную отмену алкоголя (по В.С. Моисееву, с изменениями)



Примечание. АДГ – алкогольдегидрогеназа, АцДГ – ацетальдегид дегидрогеназы.

вятся понятными и наиболее эффективные антиаритмические и гипотензивные препараты. Базовыми препаратами для коррекции аритмий и АГ у этих пациентов будут β-адреноблокаторы.

Мы можем выделить однозначно «плохие» варианты динамики сердечно-сосудистых симптомов у пациентов в первый месяц полного прекращения употребления алкоголя:

- ДКМП, постоянная форма ФП с сердечной недостаточностью, утяжеление симптомов ХСН;
- учащение пароксизмов ФП у пациентов с практически нормальным размером ЛП;
- учащение исходно имеющейся одиночной и групповой полиморфной наджелудочковой и желудочковой экстрасистолии с готовностью к неустойчивым пароксизмам ЖТ;
- учащение пароксизмов устойчивой и неустойчивой пароксизмальной ЖТ, пароксизмов СВТ.

Кроме того, у пациентов с АГ и алкогольной зависимостью есть типичные особенности ее течения:

- АГ нередко сочетается с нарушениями сердечного ритма;
- АГ без аритмии прогностически менее резистентна к терапии;
- базовая терапия АГ – β-адреноблокаторы: при их недостаточном эффекте к терапии стоит добавить дигидропиридиновые антагонисты кальция;
- малоэффективными гипотензивными препаратами являются ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента, блокаторы рецепторов ангиотензина и диуретики.

Дозы β-адреноблокаторов зависят от степени выраженности гиперсимпатикотонии. Добавление антагонистов кальция, вероятно, необходимо тем пациентам, у которых патогенетически значимым звеном является исходно выраженная вазоконстрикция в ответ на полное прекращение употребления алкоголя.

Нарушения сердечного ритма у пациентов с алкогольной зависимостью также имеют свои особенности течения и терапии:

- эти аритмии возникают как во время запоя, так и во время ААС, раннего и позднего постабстинентного периода;
- частые варианты нарушений ритма – ФП, суправентрикулярная экстрасистолия, желудочковая экстрасистолия, в том числе групповые, и пароксизмы неустойчивой СВТ, реже – неустойчивой ЖТ;
- базовая терапия нарушений сердечного ритма – β-адреноблокаторы: при их недостаточном эффекте к терапии стоит добавить амиодарон;
- малоэффективными являются препараты 1С класса.

СЕРДЦЕ И ЗМЕЙ

1. Злоупотребление алкоголем в РФ: социально-экономические последствия и меры противодействия. [Электронный ресурс]. Доклад утвержден Советом Общественной палаты Российской Федерации 13 мая 2009 года. Режим доступа: http://www.sbnt.ru/files/doklad_obsh_palati_rf_2009.pdf. – Загл. с экрана. – Дата обращения: 20 сентября 2023 г.
2. Kevin D. Shield, Margaret Ryletti Jürgen Rehm. Public health successes and missed opportunities. Trends in alcohol consumption and attributable mortality in the European region of the World Health Organization, 1990–2014. – 2017. – 95 p. [Public health successes and missed opportunities. Trends in alcohol consumption and attributable mortality in the European region of the World Health Organization, 1990–2014]. Available at: https://movendi.ngo/wp-content/uploads/2016/09/Public-health-successes-and-missed-opportunities-alcohol-mortality-19902014.pdf. Accessed: 20 September 2023.
3. Лоскутов Д. В., Хамитова Р. Я. Взаимозависимости общей и алкоголь-атрибутивной смертности с употреблением алкогольной продукции. Наука молодых (EruditioJuvenium). 2020;8(3):388–398. doi:10.23888/HMJ202083388–398.
4. GBD2016 Alcohol Collaborators. Alcohol use and burden for 195 countries and territories, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. Lancet. 2018 Sep 22;392(10152):1015–1035. doi: 10.1016/S0140–6736(18)31310–2.
5. Di Castelnuovo A, Rotondo S, Iacoviello L, Donati MB, De Gaetano G. Meta-analysis of wine and beer consumption in relation to vascular risk. Circulation. 2002 Jun 18;105(24):2836–2844. doi: 10.1161/01.cir.0000018653.19696.01.
6. Williams B, Mancia G, Spiering W, Agabiti Rosei E, Azizi M, et al. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. EurHeart J. 2018 Sep 1;39(33):3021–3104. doi: 10.1093/eurheartj/ehy339.
7. World Health Organization. European action plan to reduce the harmful use of alcohol 2012–2020. [European action plan to reduce the harmful use of alcohol 2012–2020]. Available at: https://www.uniad.org.br/wp-content/uploads/2013/03/European-action-plan-to-reduce-the-harmful-use-of-alcohol-20122020.pdf. Accessed: 20 September 2023.
8. Arora M, ElSayed A, Beger B, Naidoo P, Shilton T, Jain N, et al. The Impact of Alcohol Consumption on Cardiovascular Health: Myths and Measures. Glob Heart. 2022 Jul 22;17(1):45. doi: 10.5334/gh.1132.
9. Piano MR. Alcoholic cardiomyopathy: incidence, clinical characteristics, and pathophysiology. Chest. 2002 May;121(5):1638–1650. doi: 10.1378/chest.121.5.1638.
10. Mathews EC Jr, Gardin JM, Henry WL, Del Negro AA, Fletcher RD, Snow JA, Epstein SE. Echocardiographic abnormalities in chronic alcoholics with and without overt congestive heart failure. Am J Cardiol. 1981 Mar;47(3):570–578. doi: 10.1016/0002–9149(81)90540–3.
11. Urbano-Marquez A, Estruch R, Navarro-Lopez F, Grau JM, Mont L, Rubin E. The effects of alcoholism on skeletal and cardiac muscle. N Engl J Med. 1989 Feb 16;320(7):409–415. doi: 10.1056/NEJM198902163200701.
12. Аксельрод А. С. Алкогольная болезнь сердца. – М.: ООО «Издательство «Медицинское информационное агентство», 2014. – 128 с.: ил