

Артериальная гипертензия и нарушения сердечного ритма у приверженных к терапии пациентов с алкогольной зависимостью: особенности течения и терапии

АКСЕЛЬРОД А.С. к.м.н., доцент кафедры профилактической и неотложной кардиологии; e-mail: 7402898@mail.ru
СИВОЛАП Ю.П. д.м.н., профессор кафедры психиатрии и медицинской психологии; e-mail: yura-sivolap@yandex.ru
СЫРКИН А.Л. д.м.н., профессор, заведующий кафедрой профилактической и неотложной кардиологии
САВЧЕНКОВ В.А. к.м.н., зав. отделением неотложной наркологической помощи клиники психиатрии им. С.С. Корсакова
ЯНУШКЕВИЧ М.В. к.м.н., врач отделения неотложной наркологической помощи клиники психиатрии им. С.С. Корсакова

Первый московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова, Москва

Изучена структура кардиальных симптомов, особенности динамики артериальной гипертензии (АГ) и нарушений сердечного ритма в течение 3 лет после прекращения употребления алкоголя у пациентов с алкогольной зависимостью.

Ключевые слова: артериальная гипертензия, суправентрикулярные и желудочковые нарушения сердечного ритма, аритмии, хронический алкоголизм, алкогольная зависимость

Введение

В течение последних 10 лет в отечественной и зарубежной литературе появились многочисленные публикации о жизнеугрожающих симптомах поражения сердечно-сосудистой системы у пациентов с алкогольной болезнью (АБ). Анализ данных о сердечно-сосудистой смертности и потреблении алкоголя в России за период 1980—2007 гг., представленный в докладе Общественной палаты Российской Федерации в 2009 г., показал, что общая смертность, связанная с алкоголем, составляет 426,0 тыс. случаев в год (23,4% всех смертей). При этом самый высокий вклад в общую смертность вносят сердечно-сосудистые заболевания — 194,4 тыс. в год (19,4% в общей сердечно-сосудистой смертности). Высокий риск сердечно-сосудистой смертности этих больных связан с неконтролируемыми подъемами артериального давления (АД), пароксизмальными желудочковыми нарушениями сердечного ритма и прогрессированием явлений сердечной недостаточности на фоне алкогольной (дилатационной) кардиомиопатии.

Однако по-прежнему немногочисленными остаются наблюдения пациентов, полностью прекративших употреблять алкоголь. Такие больные составляют не более 20% среди всех пациентов с АБ, при этом ремиссия заболевания редко длится более 3 лет. Можно с уверенностью сказать, что среди всех пациентов с АБ, прекративших употреблять алкоголь, чаще всего в поле

зрения кардиолога попадают лишь пациенты с тяжелой дилатационной кардиомиопатией. Несколько реже к кардиологу обращаются больные с АГ, которая, как правило, не связывается врачом с алкогольной зависимостью. Эти обращения происходят обычно уже после выписки пациента из наркологического стационара.

Кроме того, существующие на сегодняшний день медико-экономические стандарты по обязательному медицинскому страхованию не позволяют произвести пациентам с АБ детальное кардиологическое обследование во время пребывания в наркологическом стационаре. Таким образом, пароксизмальные нарушения сердечного ритма (например, пароксизмальная желудочковая тахикардия) часто остаются невыявленными, поскольку в наркологическом стационаре не проводится суточное мониторирование ЭКГ. Суточное мониторирование АД в наркологическом стационаре также не проводится, поэтому нередко незамеченными остаются резкие колебания (подъемы и снижения) АД в ночные часы.

Стоит отметить, что пациенты с АБ значительно различаются по степени выраженности симптомов поражения сердечно-сосудистой системы как во время алкогольного абстинентного синдрома (ААС), так и в раннем (первый месяц после прекращения употребления алкоголя) и позднем постабстинентном периоде (ПАП). Например, на 5—7-е сутки после прекращения употребления алкоголя у таких больных можно увидеть как очень высокие (до 220/120 мм рт. ст.), так и умеренные (до 150—160/90—100 мм рт. ст.) подъемы АД. Синусовая тахикардия может быть выраженной (средняя

ЧСС около 110 уд. в минуту по данным холтеровского мониторинга) или, напротив, умеренной (средняя ЧСС нередко не превышает 90 уд. в минуту). Среди пациентов с АБ встречаются лица с частой (тысячи) симптомной одиночной и групповой суправентрикулярной и желудочковой экстрасистолией, симптомными пароксизмальными суправентрикулярными (фибрилляция и трепетание предсердий, пароксизмальная суправентрикулярная тахикардия) и симптомными желудочковыми (желудочковая тахикардия) нарушениями ритма.

Дальнейшее длительное динамическое наблюдение таких больных кардиологом представляется сложной проблемой в силу разных причин.

Во-первых, для пациентов с АБ, как продолжающих употреблять алкоголь, так и прекративших его употребление, характерна низкая приверженность к лечению, что служит основной причиной отсутствия стандартов и практических рекомендаций по инструментальному обследованию и кардиальной терапии этих больных.

Во-вторых, во всех опубликованных на сегодняшний день исследованиях и монографиях не предлагается четкий алгоритм диагностического кардиологического обследования этих больных, не анализируются варианты наиболее эффективной гипотензивной и антиаритмической терапии.

Целью настоящего исследования стали комплексное кардиологическое обследование и подбор кардиотропной терапии для пациентов с АБ в течение 3 лет после прекращения употребления алкоголя.

Пациенты и методы исследования

Всего скринировано 1740 пациентов с диагнозом зависимость от алкоголя 2–3-й стадии (F-10.2 по МКБ-10) в возрасте от 22 до 77 лет. В соответствии с критериями включения и исключения из исследования было включено 388 пациентов, однако в течение первых 2 мес. наблюдения вследствие низкой приверженности к лечению из исследования выбыло 128 пациентов. Таким образом, в исследовании приняли участие 260 пациентов мужского пола в возрасте от 22 до 74 лет, средний возраст которых составил $46 \pm 6,6$ года (рис. 1).

Пациенты включались в исследование на 5–7-е сутки стационарного лечения по поводу алкогольного абстинентного синдрома (ААС) в наркологическом отделении Клиники психических болезней им. С.С. Корсакова после получения добровольного согласия на участие в исследовании и при условии полного прекращения употребления алкоголя.

Критериями исключения пациентов служили отказ пациента от участия в исследовании, острая и хроническая почечная и печеночная недостаточность, острый и хронический вирусный гепатит, цирроз печени, любые тяжёлые хронические соматические заболевания, делающие невозможным стандартное об-

следование (например, нагрузочный тест), выраженная алкогольная энцефалопатия, вследствие которой адекватный контакт с пациентом был невозможен, а также психотическое состояние.

Наблюдение пациентов осуществлялось в 2 этапа:

1. Период стационарного наблюдения (с 5–7-го дня пребывания в наркологическом стационаре до момента выписки пациента из стационара);
2. Период амбулаторного наблюдения (в течение следующих 36 мес.).

В период пребывания пациента в наркологическом отделении (период стационарного наблюдения) осуществлялись первые визиты пациентов в Клинику кардиологии Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, во время которых проводилось стандартное обследование: физикальный осмотр, регистрация ЭКГ покоя, суточное мониторирование ЭКГ по Холтеру, суточное мониторирование АД, трансторакальная эхокардиография, общий и биохимический анализы крови, анализ уровня тиреоидных гормонов крови. Количество визитов в период госпитализации определялось индивидуально в каждом случае. Оценка эффективности гипотензивной, антиаритмической и антиангинальной терапии производилась при помощи контрольных инструментальных исследований (суточное мониторирование АД, суточное мониторирование ЭКГ, контрольный нагрузочный тредмил-тест). На 4–8-й неделе после прекращения употребления алкоголя (период амбулаторного наблюдения) всем пациентам проводился нагрузочный тредмил тест. В дальнейшем осуществлялись обязательные контрольные визиты пациентов не реже 1 раза в 3 мес. в течение первого года наблюдения и не реже 1 раза в 2 мес. на 2- и 3-м годах наблюдения. Дополнительные визиты осуществлялись по мере необходимости, по желанию врача и пациента, в течение всего периода наблюдения. Их частота определялась индивидуально в каждом случае и зависела от эффективности кардиотропной терапии, которая оценивалась по результатам контрольных инструментальных исследований.



Рис. 1. Дизайн исследования

По результатам наблюдения за первые 8 недель все пациенты были распределены на 2 группы:

- группа 1 (n=190) — пациенты с АБ, имеющие какую-либо сердечно-сосудистую патологию (подъёмы АД, нарушения сердечного ритма и проводимости, АКМП, верифицированную ИБС в анамнезе);
- группа 2 (n=70) — пациенты с АБ, у которых по результатам обследования не было выявлено сердечно-сосудистой патологии.

Пациенты обеих групп достоверно не различались по возрасту, семейному и социальному положению, алкогольному анамнезу, продолжительности госпитализации в наркологическое отделение (табл. 1).

Результаты и обсуждение

У пациентов группы 1 (n=190) были выявлены симптомы сердечно-сосудистой патологии, представленные в табл. 2.

У 106 (40,8%) пациентов группы 1 регистрировалась АГ без других симптомов поражения сердечно-сосудистой системы. При этом по результатам СМАД у этих пациентов регистрировались превышения рекомендованных значений среднесуточного АД, среднего дневного и среднего ночного АД (в соответствии с Национальными клиническими рекомендациями ВНОК, 2009 и Рекомендациями Европейского Общества по артериальной гипертензии, 2007) и ре-

гистрировались подъёмы АД выше 140/90 мм рт. ст. при осмотре в раннем постабстинентном периоде.

У 37 (14,2%) пациентов этой группы во время холтеровского мониторирования были выявлены короткие симптомные или продолжительные пароксизмы фибрилляции/трепетания предсердий либо пароксизм фибрилляции/трепетания предсердий был документирован при регистрации ЭКГ покоя.

У 23 (8,9%) пациентов этой группы были зарегистрированы пароксизмы симптомной неустойчивой или устойчивой желудочковой тахикардии либо периоды идиовентрикулярного ритма во время суточного мониторирования ЭКГ.

У 13 (5,0%) пациентов этой группы имелась медицинская документация о перенесённом в прошлом остром инфаркте миокарда или проведении коронароангиографии.

Алкогольная кардиомиопатия была диагностирована у 8 (3,1%) пациентов с клиническими проявлениями хронической сердечной недостаточности и признаками дилатационной кардиомиопатии при проведении трансторакальной эхокардиографии.

Особенности динамики АГ

у пациентов с алкогольной болезнью

Среди всех симптомов сердечно-сосудистой патологии самым распространённым симптомом была АГ — регистрировалась у 148 пациентов группы 1,

Таблица 1

Сравнительная характеристика пациентов групп 1 и 2

| Параметр | Группа 1 (n=190) | Группа 2 (n=70) | P |
|--|------------------|-----------------|-------|
| Пол | Мужской | Мужской | — |
| Возраст, лет | 45±7,9 | 46±6,3 | 0,965 |
| Алкогольный анамнез 10—15 лет, % | 77,4 | 70,0 | 0,45 |
| Наиболее частый вариант алкогольного напитка (водка, виски), % | 81,1 | 78,6 | 0,613 |
| Семейная отягощённость | 94,2 | 92,9 | 0,622 |
| Первое употребление алкоголя до 18 лет, % | 83,7 | 85,7 | 0,892 |

Таблица 2

Структура сердечно-сосудистой патологии среди пациентов групп 1 и 2

| Группа | Вариант сердечно-сосудистой патологии | Количество пациентов, чел. | % среди всех пациентов с АБ |
|------------------|---|----------------------------|-----------------------------|
| Группа 1 (n=190) | Артериальная гипертензия без других симптомов поражения сердечно-сосудистой системы | 106 | 40,8 |
| | Симптомные пароксизмальные наджелудочковые нарушения сердечного ритма | 37 | 14,2 |
| | Симптомные пароксизмальные желудочковые нарушения сердечного ритма | 23 | 8,9 |
| | Верифицированная ИБС | 13 | 5,0 |
| | Алкогольная (дилатационная) кардиомиопатия | 8 | 3,1 |
| | Нарушения сердечной проводимости | 3 | 1,2 |
| Группа 2 (n=70) | Без патологии | | |

причём у 106 пациентов не сопровождалась другими симптомами сердечно-сосудистой патологии (рис. 2).

Для пациентов групп 1 и 2 были характерны значимые различия динамики АД во время ААС, в раннем (в течение 1 мес.) и позднем постабстинентном периодах. Для 148 из 190 пациентов группы 1 были характерны умеренные или значительные подъемы АД во все 3 периода наблюдения. Для пациентов группы 2 во время ААС было характерно нормально высокое АД или подъемы не превышали 150/100 мм рт. ст. В раннем и позднем ПАП у пациентов группы 2 регистрировалось оптимальное, нормальное или нормально высокое АД.

При наблюдении пациентов с АГ в течение 36 мес. было выявлено, что необходимость в постоянной гипотензивной терапии различается среди пациентов с АГ без других симптомов поражения сердечно-сосудистой системы, больных с АГ и симптомными наджелудочковыми пароксизмами и пациентами с АГ и симптомными желудочковыми пароксизмами (рис. 3).

Как видно из рис. 3, пациенты с АГ без других симптомов сердечно-сосудистой патологии к 12 мес. наблюдения нуждались в постоянном приёме гипотензивных препаратов лишь в 52,5% случаев, а к 36 мес. наблюдения необходимость в гипотензивной терапии у этих больных возникла в 9,09% случаев.

Пациенты с АГ и симптомными пароксизмальными наджелудочковыми нарушениями сердечного ритма демонстрировали наибольшую (72,9%) необходимость гипотензивной терапии к 3 мес. наблюдения. К 12 мес. наблюдения в постоянной гипотензивной терапии нуждались 60,6% пациентов, к 36 мес. наблюдения — 18,2% больных.

Пациенты с АГ и симптомными желудочковыми пароксизмальными нарушениями ритма продемонстрировали «нарастающий» характер АГ: к 12 мес. динамического наблюдения гипотензивные препараты получали 93,8% пациентов, при этом к 36 мес. наблюдения необходимость в постоянной гипотензивной терапии сохранялась у 81,25% больных.

Особенности динамики нарушений сердечного ритма у пациентов с алкогольной болезнью

Среди пациентов группы 1 регистрировались как суправентрикулярные, так и желудочковые нарушения сердечного ритма. Среди всех пациентов с АБ, согласившихся принять участие в наблюдении, симптомные нарушения сердечного ритма регистрировались у 68 больных, что составило 35,8% среди всех пациентов группы 1 (n=190) и 26,2% среди всех пациентов с АБ (n=260).

Структура и распространённость нарушений сердечного ритма среди пациентов с АБ представлены на рис. 4.

Во время обязательных и дополнительных визитов всем пациентам с нарушениями сердечного ритма производилось суточное мониторирование ЭКГ для контроля эффективности антиаритмической терапии и решения вопроса о необходимости коррекции терапии. Периодически (не реже 1 раза в 2 мес., перед очередным визитом) производились попытки постепенного снижения доз антиаритмических препаратов с оценкой возможности полного прекращения их приёма по результатам контрольного суточного мониторирования ЭКГ. При

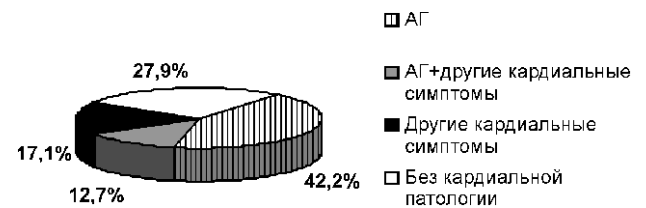


Рис. 2. Распространённость АГ среди пациентов с АБ (n=260)

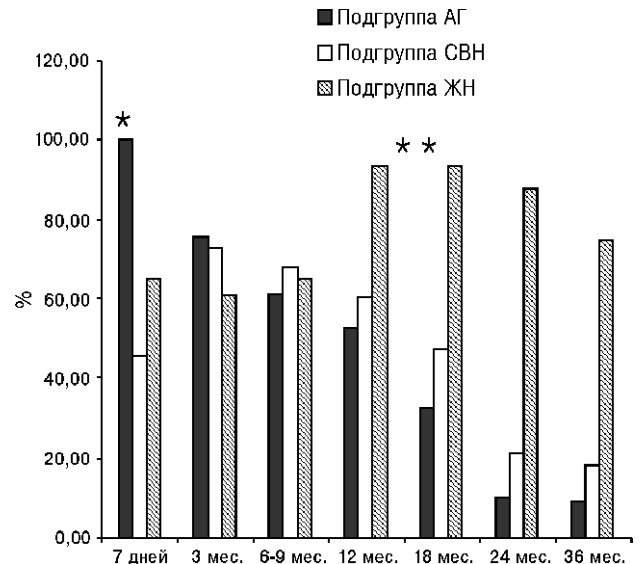


Рис. 3. Необходимость приёма гипотензивных препаратов у пациентов с АГ: * p=0,034; **p=0,025

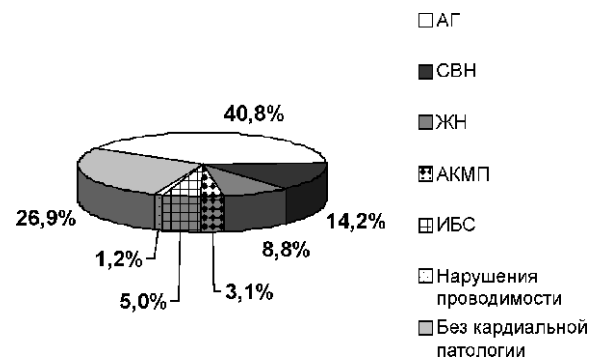


Рис. 4. Структура и распространённость нарушений сердечного ритма среди пациентов с АБ (n=260)

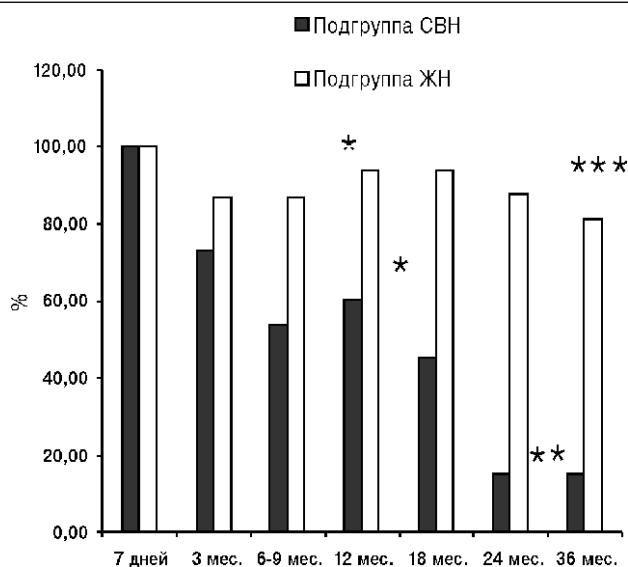


Рис. 5. Необходимость в постоянной антиаритмической терапии у пациентов с симптомными желудочковыми и наджелудочковыми нарушениями сердечного ритма в различные сроки наблюдения: * $p=0,006$; ** $p=0,02$; *** $p=0,002$

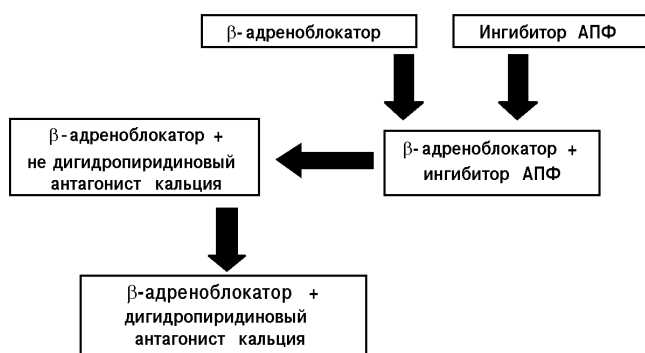


Рис. 6. Варианты гипотензивной терапии у пациентов с алкогольной болезнью

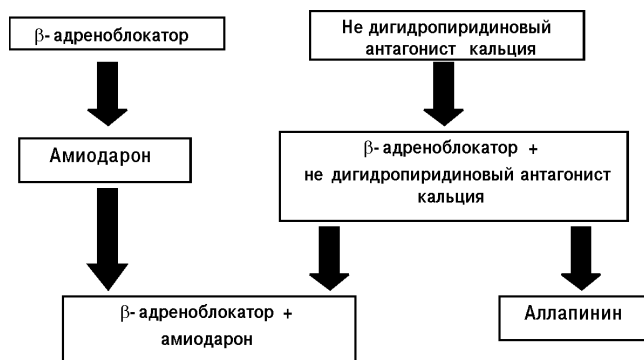


Рис. 7. Варианты антиаритмической терапии у пациентов с алкогольной болезнью

этом контрольное холтеровское исследование производилось как при каждом снижении дозы, так и при полном прекращении приёма препарата.

Необходимость в постоянной антиаритмической терапии у пациентов с симптомными желудочковыми и наджелудочковыми пароксизмальными нарушениями сердечного ритма также была различной (рис. 5).

Среди больных с симптомными наджелудочковыми нарушениями сердечного ритма наиболее часто встречалась фибрилляция/трепетание предсердий. Клинически все пароксизмы были симпатадреналовыми, кроме того, в период стационарного лечения в наркологическом отделении у 11 из 37 пациентов (29,72%) имелись проявления гипокалиемии.

Через 3 мес. приёма антиаритмических препаратов необходимость приёма сохранялась у 26 (70,27%) пациентов с симптомными наджелудочковыми нарушениями сердечного ритма. К 12 мес. наблюдения антиаритмическая терапия проводилась 20 пациентам (60,60%), к 36 мес. наблюдения — 5 больным (15,2%).

Среди пациентов с симптомными желудочковыми нарушениями сердечного ритма к 12 мес. наблюдения постоянную антиаритмическую терапию получали 15 пациентов (93,75%), к 36 мес. наблюдения — 13 пациентов (81,25% пациентов, продолживших участие в исследовании).

Особенности гипотензивной и антиаритмической терапии у пациентов с алкогольной болезнью

Для достижения гипотензивного эффекта использовались следующие препараты:

- **ингибиторы АПФ** (эналаприл 5—10 мг/сут.; лизиноприл 2,5—20 мг/сут.);
- **пролонгированные β-адреноблокаторы** (бетаксолол 5—20 мг/сут.; бисопролол 2,5—10 мг/сут.; небиволол 2,5—5 мг/сут.);
- **дигидропиридиновые блокаторы кальциевых каналов** (амлодипин 2,5—10 мг/сут.; фелодипин 2,5—10 мг/сут.; нифедипин 10—40 мг/сут.);
- **не дигидропиридиновые блокаторы кальциевых каналов** (дилтиазем 60—180 мг/сут.; верапамил 40—240 мг/сут.)

Последовательная схема подбора гипотензивной монотерапии или комбинации представлена на рис. 6.

Критерием эффективности гипотензивной терапии было достижение целевых значений АД по результатам контрольного СМАД после каждой смены монотерапии или комбинации: среднесуточное АД 125—130/80 мм рт.ст., среднее дневное 130—135/85 мм рт.ст., среднее ночное — 120/70 мм рт.ст. (в соответствии с Национальными клиническими рекомендациями ВНОК, 2009 и Рекомендациями Европейского Общества по артериальной гипертензии, 2007).

Для достижения антиаритмического эффекта использовались следующие препараты:

- пролонгированные β -адреноблокаторы (бетаксол 5—20 мг/сут.; бисопролол 2,5—10 мг/сут.; небивалол 2,5—5 мг/сут.);
- блокаторы кальциевых каналов (не дигидропиридиновые — дилтиазем 60—180 мг/сут.; верапамил 40—240 мг/сут.);
- амиодарон 200—600 мг/сут.

Последовательная схема подбора антиаритмической монотерапии или комбинации представлена на рис. 7.

Критериями эффективности антиаритмической терапии было отсутствие пароксизмальных желудочковых и наджелудочковых нарушений ритма, а также отсутствие парной и групповой наджелудочковой и желудочковой экстрасистолии.

Варианты эффективной гипотензивной терапии пациентов с АГ без других симптомов сердечно-сосудистой патологии представлены на рис. 8. У таких пациентов достоверно чаще использовалась монотерапия β -адреноблокаторами ($p=0,01$), комбинация «антагонист кальция + β -адреноблокатор» использовалась только в первые 9 мес. наблюдения.

Ни у одного из пациентов этой подгруппы ингибиторы АПФ (эналаприл, лизиноприл) не были эффективными.

Среди пациентов с симптомными наджелудочковыми нарушениями сердечного ритма с хорошим эффектом использовались 3 варианта терапии (рис. 9).

По результатам дисперсионного анализа повторных измерений ($p=0,058$) была выявлена выраженная клинически значимая тенденция к достоверности следующих результатов: наиболее часто для терапии пациентов подгруппы СВН использовалась монотерапия β -адреноблокаторами, причём этого варианта терапии было достаточно для достижения как гипотензивного, так и антиаритмического эффекта с 12 мес. наблюдения. Наименее востребованной была комбинация «ингибитор АПФ + β -адреноблокатор», при этом монотерапия ингибиторами АПФ не была эффективной ни у одного из пациентов.

Среди пациентов с симптомными пароксизмальными желудочковыми нарушениями сердечного ритма ($n=23$, рис. 9) на момент включения в исследование можно было выделить 2 категории пациентов:

- 1) пациенты, которые нуждаются только в антиаритмической терапии, — 8 больных (34,79%);
- 2) пациенты, которые нуждаются и в антиаритмической, и в гипотензивной терапии, — 15 пациентов (65,21%).

Для коррекции желудочковых нарушений сердечного ритма у пациентов, которые не нуждались в гипотензивной терапии ($n=8$), было достаточным на-

значение β -адреноблокатора пролонгированного действия (небивалол 5—7,5 мг/сут, бисопролол 5—10 мг/сут, бетаксол 10—20 мг/сут.). Во время контрольных суточных регистраций ЭКГ к 3 мес. наблюдения у всех этих пациентов было отмечено исчезновение эктопической желудочковой активности на фоне указанных суточных доз препаратов. При постепенной отмене терапии к 6 мес. наблюдения ни один из этих пациентов не нуждался в постоянном приёме антиаритмических препаратов.

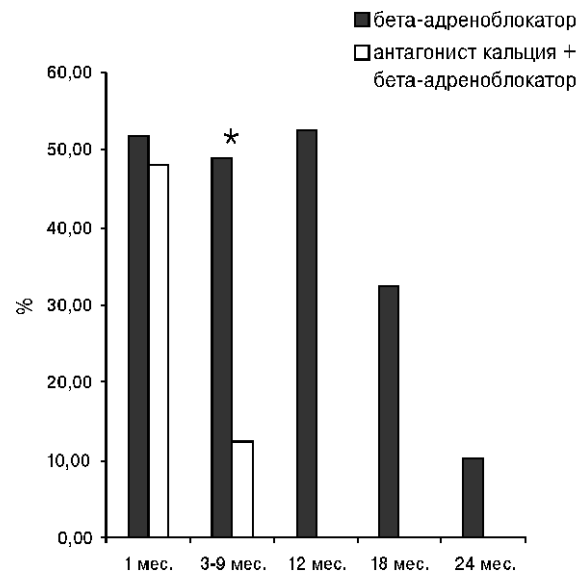


Рис. 8. Варианты эффективной гипотензивной терапии в подгруппе АГ ($n=106$): * — $p=0,01$

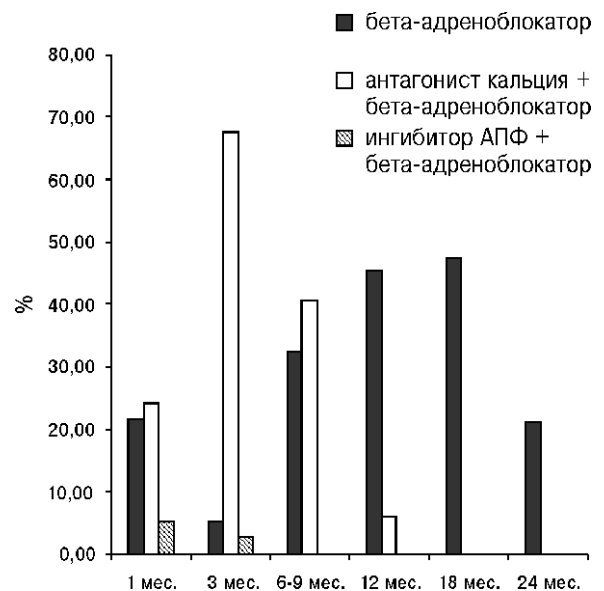


Рис. 9. Варианты эффективной гипотензивной и антиаритмической терапии у пациентов с симптомными наджелудочковыми нарушениями сердечного ритма и АГ ($n=37$)

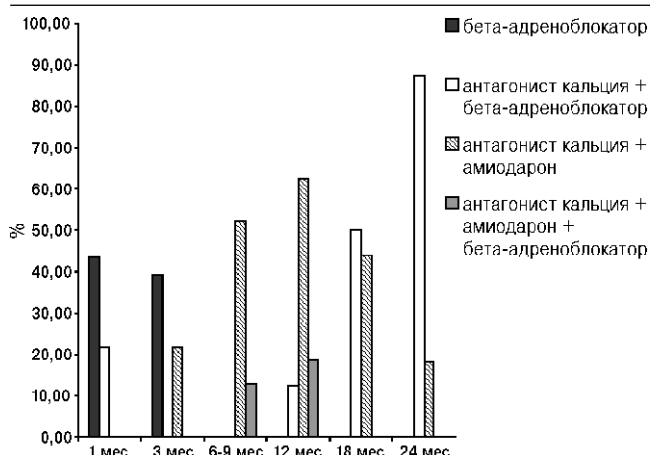


Рис. 10. Варианты эффективной терапии у пациентов с желудочковыми нарушениями сердечного ритма и артериальной гипертензией (подгруппа ЖН, n=23)

Иная картина наблюдалась в динамике у пациентов с желудочковыми нарушениями сердечного ритма и АГ (n=15).

Для коррекции симптомных желудочковых нарушений сердечного ритма (симптомные пароксизмы неустойчивой желудочковой тахикардии) и достижения гипотензивного эффекта 10 пациентам (43,47%) было достаточно назначение β -адреноблокаторов. Остальным пяти пациентам (21,74%) была назначена комбинация антагониста кальция и β -адреноблокатора.

Через 3 мес. наблюдения необходимость в приёме гипотензивных препаратов сохранялась у 14 пациентов (60,86%). Монотерапия β -адреноблокаторами была эффективной для 9 больных (39,13%), для остальных пациентов (5 чел., 21,74%) наиболее эффективным оказался приём антагонистов кальция на фоне приёма амиодарона. Ни у одного из пациентов этой подгруппы ингибиторы АПФ не были эффективными.

Через 6—9 мес. гипотензивная терапия была показана 15 пациентам (65,21%). На этом этапе наблюдения наиболее эффективной комбинацией для достижения гипотензивного и антиаритмического эффекта был приём антагонистов кальция на фоне приёма амиодарона — 12 пациентов (52,17%), 3 пациентам (13,04%) назначался также β -адреноблокатор в комбинации «антагонист кальция + амиодарон + β -адреноблокатор» для достижения оптимального гипотензивного эффекта.

К концу 1-го года наблюдения из исследования были исключены 7 пациентов с пароксизмами устойчивой и неустойчивой желудочковой тахикардии из-за низкой приверженности к лечению. Таким образом, к 12 мес. наблюдения подгруппа ЖН включала в себя 16 пациентов, из которых необходимость в постоянной гипотензивной терапии сохранялась у 15 пациентов (93,75%). Комбинацию «антагонист кальция + амиодарон» постоянно получали 10 пациентов (62,50%), комбинацию

«антагонист кальция + амиодарон + β -адреноблокатор» — 3 пациента (18,75%), комбинацию «антагонист кальция + β -адреноблокатор» — 2 больных (12,5%). К 24 месяцам наблюдения у 14 больных (87,5%) проводилась терапия гипотензивными и антиаритмическими препаратами. Наиболее часто (12 пациентов, 89,29%) больные принимали комбинацию «антагонист кальция + β -адреноблокатор», 2 пациента (18,08%) получали комбинацию «антагонист кальция + амиодарон». Сходная картина отмечалась к 36 мес. наблюдения: в терапии гипотензивными и антиаритмическими препаратами нуждались те же 14 пациентов (87,5%). Их комбинации и дозы препаратов остались прежними.

При проведении дисперсионного анализа повторных измерений достоверных различий между используемыми вариантами лечения этой подгруппы получено не было ($p=0,196$).

Заключение

При анализе собственной выборки пациентов мы отдавали себе отчёт, что полученные результаты не могут быть в полной мере применимы ко всем пациентам с АБ. Прежде всего, наша выборка не была репрезентативной, поскольку комплаентность пациентов, давших согласие на участие в нашем исследовании, априорно выше, чем у большинства пациентов со 2—3-й стадией АБ. Разумеется, динамика АГ и нарушений сердечного ритма среди лиц с АБ, отказавшихся от госпитализации, может отличаться от динамики не приверженных к терапии пациентов с АБ, отказавшихся от приёма гипотензивной терапии. Тем не менее, ценность полученных нами результатов представляется высокой, поскольку именно терапия и социализация приверженных к лечению больных с АБ крайне важна.

Таким образом, результаты 3-летнего кардиологического наблюдения пациентов с АБ позволили сделать ряд выводов:

1. У пациентов с АБ в раннем постабстинентном периоде в 73,1% случаев регистрируются симптомы поражения сердечно-сосудистой системы, требующие корректирующей и патогенетической обоснованной терапии. Наиболее частыми симптомами являются АГ (56,9%) и нарушения сердечного ритма (23,1%), наиболее редкими — нарушения сердечной проводимости (1,2%). Боли в области сердца регистрируются у 13,5% пациентов;

2. Течение АГ и нарушений сердечного ритма у пациентов с АБ в позднем постабстинентном периоде различается: наиболее неблагоприятным является сочетание АГ с желудочковыми нарушениями сердечного ритма. Таким пациентам показано длительное (не менее 36 месяцев) наблюдение с проведением постоянной кардиотропной терапии;

3. Наиболее эффективными гипотензивными препаратами для коррекции АГ у пациентов с АБ являются β -адреноблокаторы, наименее эффективными — препараты класса ингибиторов АПФ. При неэффективности монотерапии высокий гипотензивный эффект оказывает комбинация « β -адреноблокатор + антагонист кальция»;

4. Наиболее эффективными антиаритмическими препаратами для коррекции суправентрикулярных и желудочковых нарушений сердечного ритма являются β -адреноблокаторы, а также комбинация « β -адреноблокатор + амиодарон». При необходимости достижения одновременного гипотензивного и антиаритмического эффекта наиболее эффективной комбинацией является « β -адреноблокатор + антагонист кальция + амиодарон». Дозы гипотензивных и антиаритмических препаратов для пациентов с АБ в постабстинентном периоде, в целом, не отличаются от средних терапевтических доз, продолжительность терапии определяется индивидуально;

5. В раннем постабстинентном периоде у большинства пациентов показано увеличение дозы β -адреноблокаторов в связи с патогенетически обусловленными явлениями гиперсимпатикотонии (АГ, синусовая тахикардия, нарушения сердечного ритма);

6. Пациенты с АБ нуждаются в длительном (24—36 мес. после прекращения употребления алкоголя) динамическом наблюдении у кардиолога. Частота обязательных и дополнительных контрольных визитов различается в зависимости от приверженности больных к лечению и тяжести сердечно-сосудистой патологии.

Список литературы

1. Аничков С.В. Нейрофармакология. — Л.: Гиппократ, 1982. — 383 с.
2. Анохина И.П. Биологические механизмы зависимости от психоактивных веществ (патогенез). Лекции по наркологии. — М.: Медицина, 2001. — С. 13—32.
3. Гогин Е.Е. Гипертоническая болезнь. — М.: Медицина, 1997. — 399 с.
4. Гордон Х.У. Внутренние болезни / Под ред. Е. Браунвальда. — М.: Медицина, 1995. — 386 с.
5. Кушаковский М. С. Гипертоническая болезнь (эссенциальная гипертензия): причины, механизмы, клиника, лечение. — СПб.: Соти, 1995. — 311 с.
6. Маколкин В.И., Подзолков В.И. Гипертоническая болезнь. — М.: Русский врач, 2000. — С. 14—16.
7. Моисеев В.С., Шелепин А.А. Алкоголь и болезни сердца: Руководство. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. — 168 с.
8. Vulpitt C.J. How many alcoholic drinks might benefit an older person with hypertension? // *J. Hypertens.* — 2005. — Nov. — Vol. 23(11). — P. 1953—1955.

9. Cushman W.C., Cutler J.A., Hanna E., Bingham S.F., Follmann D., Harford T., Dubbert P., Allender P.S., Dufour M., Collins J.F., Walsh S.M., Kirk G.F., Burg M., Felicetta J.V., Hamilton B.P., Katz L.A., Perry H.M. Jr., Willenbring M.L., Lakshman R., Hamburger R.J. Prevention and Treatment of Hypertension Study (PATHS): effects of an alcohol treatment program on blood pressure // *Arch. Intern. Med.* — 1999. — Jan. 25. — Vol. 159(2). — P. 195—196.

10. Fuchs F.D., Chambless L.E., Whelton P.K., Nieto F.J., Heiss G. Alcohol consumption and the incidence of hypertension: The Atherosclerosis Risk in Communities Study // *Hypertension.* — 2001. — May. — Vol. 37(5). — P. 1242—1250.

11. Kahkonen S. Responses to cardiovascular drugs during alcohol withdrawal // *Alcohol Alcohol.* — 2006. — Jan—Feb. — Vol. 41(1). — P. 11—13.

12. King A.C., Bernardy N.C., Parsons O.A., Lovallo W.R. Hemodynamic alterations in alcohol-related paroxysmal hypertension // *Alcohol.* — 1996. — Jul—Aug. — Vol. 13(4). — P. 387—393.

13. Leuenberger V., Gache P., Sutter K., Rieder Nakhle A. High blood pressure and alcohol consumption *Rev Med Suisse.* 2006 Sep 13. — Vol. 2(78). — P. 2041—2042, 2044—2046.

14. Miller P.M., Stockdell R., Nemeth L., Feifer C., Jenkins R.G., Nietert P.J., Wessell A., Liszka H., Ornstein S. Initial steps taken by nine primary care practices to implement alcohol screening guidelines with hypertensive patients: the AA-TRIP project // *Subst. Abus.* — 2006. — Jun. — Vol. 27(1—2). — P. 61—70.

15. Moreira L.B., Fuchs F.D., Moraes R.S., Bredemeier M., Duncan B.B. Alcohol intake and blood pressure: the importance of time elapsed since last drink // *J. Hypertens.* — 1998. — Feb. — Vol. 16(2). — P. 175—180.

16. Nakamura K., Okamura T., Hayakawa T., Hozawa A., Kadowaki T., Murakami Y., Kita Y., Okayama A., Ueshima H. The proportion of individuals with alcohol-induced hypertension among total hypertensives in a general Japanese population: NIPPON DATA90 // *Hypertens. Res.* — 2007. — Aug. — Vol. 30 (8). — P. 663—668.

17. Puddey I.B., Beilin L.J. Alcohol is bad for blood pressure // *Clin. Exp. Pharmacol. Physiol.* — 2006. — Sep. — Vol. 33(9). — P. 847—852.

18. Rabbia F., Veglio F., Russo R., Schiavone D., Oliva S., Chiandussi L. Role of alcoholic beverages in essential hypertensive patients // *Alcohol Alcohol.* — 1995. — Jul. — Vol. 30(4). — P. 433—439.

19. Sardo G., Donnini D., Varutti R., Milocco C., Basan L., Esposito W., Casaccio D., Isola M., Soldano F., Sechi L.A. Effects of alcohol withdrawal on blood pressure in hypertensive heavy drinkers // *J. Hypertens.* — 2006. — Aug. — Vol. 24(8). — P. 1493—1498.

20. Takashima Y., Kokaze A., Iwase Y., Okada E., Ishikawa M., Ikeda C., Tomizawa I., Takeuchi Y., Orido Y., Tsugane S., Yoshida M., Takagi Y., Tanaka N., Watanabe S., Akamatsu T. Drinking habit as a base for blood pressure elevation — difference in epidemiological significance by beverage type // *Appl. Human. Sci.* — 1997. — Mar. — Vol. 16(2). — P. 47—53.

21. Wildman R.P., Gu D., Muntner P., Huang G., Chen J., Duan X., He J. Alcohol intake and hypertension subtypes in Chinese men // *J. Hypertens.* — 2005. — Apr. — Vol. 23(4). — P. 737—743.

ARTERIAL HYPERTENSION AND CARDIAC RHYTHM DISORDERS IN COMPLIANT TO MEDICAL THERAPY PATIENTS WITH ALCOHOLIC DEPENDENCE: FEATURES OF A CURRENT AND THERAPY

AKSELROD A.S. Assistant professor, Department of preventive and emergency cardiology, First M.D., PhD, First Moscow Medical State University I.M. Sechenov, Moscow; e-mail: 7402898@mail.ru

SIVOLAP Yu.P. Professor, Department of psychiatry and medical psychology, M.D., PhD, First Moscow Medical State University I.M. Sechenov, Moscow

SYRKIN A.L. Head, professor, Department of preventive and emergency cardiology, M.D., PhD, First Moscow Medical State University I.M. Sechenov, Moscow

SAVCHENKOV V.A. Chief, Department of emergency unit on Drug and alcohol Addiction, M.D., PhD, First Moscow Medical State University I.M. Sechenov, Moscow

YANUSHKEVICH M.V. researcher, Department of emergency unit on drug and alcohol abuse, M.D., PhD, First Moscow Medical State University I.M. Sechenov, Moscow

Research is devoted structure studying cardiac symptoms, features of dynamics of arterial hypertension and rhythm disorders within 3 years after the alcohol intake termination.

Key words: arterial hypertension, supraventricular and ventricular rhythm disorders, arrhythmias, chronic alcohol abuse, alcoholic dependence