



Нарушение ритма сердечной деятельности, коморбидное с алкогольным абстинентным синдромом (клинический случай)

Горбовский М. В., Кирюхина С. В., Сахарова Т. В., Лабунский Д. А., Подсеваткин В. Г.

Ключевые слова: клинический случай, аритмии, алкогольный абстинентный синдром, алкогольная кардиомиопатия.

Отношения и деятельность: нет.

ФГБОУ ВО Национальный исследовательский Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарёва, Саранск, Россия.

Горбовский М. В.* — ординатор кафедры психиатрии, наркологии и неврологии Медицинского института, ORCID: 0009-0005-4672-8261, Кирюхина С. В. — д.м.н., профессор кафедры психиатрии, наркологии и неврологии Медицинского института, ORCID: 0000-0002-9457-8756, Сахарова Т. В. — аспирант кафедры психиатрии, наркологии и неврологии Медицинского института, ORCID: нет, Лабунский Д. А. — к.м.н., доцент кафедры психиатрии, наркологии и неврологии Медицинского института, ORCID: 0000-0001-6629-6682, Подсеваткин В. Г. — д.м.н., профессор кафедры психиатрии, наркологии и неврологии Медицинского института, ORCID: 0000-0001-9416-5727.

*Автор, ответственный за переписку (Corresponding author):

grmaxim198@gmail.com

Рукопись получена 08.07.2025

Рецензия получена 20.08.2025

Принята к публикации 28.08.2025



Для цитирования: Горбовский М. В., Кирюхина С. В., Сахарова Т. В., Лабунский Д. А., Подсеваткин В. Г. Нарушение ритма сердечной деятельности, коморбидное с алкогольным абстинентным синдромом (клинический случай). *Российский кардиологический журнал*. 2025;30(14S):6695. doi: 10.15829/1560-4071-2025-6695. EDN: TGFQKG

Cardiac arrhythmia, comorbid with alcohol withdrawal syndrome: a case report

Gorbovsky M. V., Kiryukhina S. V., Sakharova T. V., Labunsky D. A., Podsevatkin V. G.

Keywords: clinical case, arrhythmias, alcohol withdrawal syndrome, alcoholic cardiomyopathy.

Relationships and Activities: none.

Ogarev National Research Mordovian State University, Saransk, Russia.

Gorbovsky M. V.* ORCID: 0009-0005-4672-8261, Kiryukhina S. V. ORCID: 0000-0002-9457-8756, Sakharova T. V. ORCID: none, Labunsky D. A. ORCID: 0000-0001-6629-6682, Podsevatkin V. G. ORCID: 0000-0001-9416-5727.

*Corresponding author:

grmaxim198@gmail.com

Received: 08.07.2025 **Revision Received:** 20.08.2025 **Accepted:** 28.08.2025

For citation: Gorbovsky M. V., Kiryukhina S. V., Sakharova T. V., Labunsky D. A., Podsevatkin V. G. Cardiac arrhythmia, comorbid with alcohol withdrawal syndrome: a case report. *Russian Journal of Cardiology*. 2025;30(14S):6695. doi: 10.15829/1560-4071-2025-6695. EDN: TGFQKG

Ведение

Алкогольная зависимость остается актуальной проблемой современного общества. Во всем мире свыше 250 млн. человек страдают расстройствами, связанными с употреблением алкоголя [1]. Алкогольный абстинентный синдром (ААС) является частым осложнением хронического алкоголизма [2]. Актуальность изучения сердечно-сосудистой патологии при алкоголизме определяется высокой распространённостью данного заболевания и большой частотой кардиологических осложнений [3, 4], таких, как нарушения ритма сердечной деятельности, гипертрофия кардиомиоцитов, развитие фиброза в ткани сердечной мышцы.

Цель данного исследования — изучить особенности протекания и купирования нарушений ритма сердечной деятельности, в том числе фибрилляции

предсердий (ФП), при развитии метаболических нарушений, связанных с ААС.

Исследование было выполнено в соответствии со стандартами надлежащей клинической практики (Good Clinical Practice) и принципами Хельсинкской декларации. На анализ клинических данных и публикацию было получено письменное информированное согласие.

Клинический случай

В качестве клинического случая было выбрано обращение мужчины 35 лет, страдающего алкоголизмом в течение 5 лет, обратившегося за психиатрической стационарной помощью. При проведении всех необходимых диагностических мероприятий было выявлено, что у данного пациента развился ААС, сопровождающийся развитием патологии со стороны

сердечно-сосудистой системы, в частности, аритмии по типу ФП, субъективно проявляющиеся в виде одышки, сердцебиения, головокружения.

Пациент обратился за специализированной медицинской помощью 01.02.2025. Развитие алкоголизма связывает с появлением проблем в личной жизни, профессиональными конфликтами на работе и желанием отвлечься от всех трудностей.

Наследственность психопатологически отягощена: дедушка по линии матери злоупотреблял алкогольными напитками.

При поступлении в стационар предъявлял жалобы на тремор верхних конечностей, головные боли, нарушения сна в виде бессонницы, постоянное чувство усталости, снижение настроения на постоянной основе, головокружение, ощущение сердцебиения, одышку, гиперемия лица. При самостоятельном измерении артериального давления (АД) были получены следующие цифры: систолическое АД (САД) — 160 мм рт.ст., диастолическое АД (ДАД) — 100 мм рт.ст. При проведении физикального осмотра было выявлено: при определении относительной сердечной тупости левая граница по левой среднеключичной линии, при определении абсолютной сердечной тупости: левая граница на 1 см кнутри от левой среднеключичной линии, при аускультации — приглушенность I и II тона на верхушке сердца, частота сердечных сокращений (ЧСС) — 121 уд./мин, АД: САД — 158 мм рт.ст., ДАД — 102 мм рт.ст., температура тела — 37,6 °С. Выявлено наличие отеков до средней трети голени и похолодание нижних конечностей.

На основании жалоб, анамнеза заболевания, анамнеза жизни и данных физикального осмотра выставлен предварительный диагноз: F10.3 Алкогольный абстинентный синдром (синдром отмены алкоголя). Осложнение основного диагноза: I42.6 Алкогольная кардиомиопатия.

2 день	Реамберин 250 мл + Дексаметазон 4 мг в/в, капельно 1 раз в день в 11ч, Полисорб 2 ст.л. 3 р/сут, перед едой внутрь, Габапентин 0,3 г независимо от приема пищи, внутрь, Метадоксил 0,5 г за 30 мин. до еды, внутрь, Атенолол 50 мг, внутрь	Выраженная степень по шкале Ибера, нарушения электролитного баланса (гипонатриемия, гипокалиемия, гипомagnesемия, гипокальциемия), тахикардия (98 уд./мин), наличие фибрилляции предсердий по ЭКГ (наличие волн f, отсутствие зубцов P перед каждым комплексом QRS, разность интервалов R-R), апатия, снижение настроения
3 день	Реамберин 250 мл + Дексаметазон 4 мг в/в, капельно 1 раз в день в 11ч, Габапентин 0,3 г независимо от приема пищи, внутрь	Минимальная степень по шкале Ибера, ЧСС — 78 уд./мин, отсутствие нарушений ритма сердечной деятельности по ЭКГ. Дисбаланс электролитного состава (гипонатриемия, гипокалиемия, гипокальциемия), сохраняющаяся апатия, чувство усталости
4 день	Реамберин 250 мл + Дексаметазон 4 мг в/в, капельно 1 раз в день в 11ч, Габапентин 0,3 г независимо от приема пищи, внутрь	Минимальная степень по шкале Ибера, ЧСС — 75 уд./мин, отсутствие нарушений ритма сердечной деятельности по ЭКГ, стабилизация электролитного баланса, вялость, пониженное настроение
5 день	Габапентин 0,3 г независимо от приема пищи, внутрь	Отсутствие симптоматики абстинентного синдрома, стабилизация электролитного баланса, нормализация ЭКГ картины, синусовый ритм, отмечается улучшение психоэмоционального состояния.

День пребывания в стационаре	Используемая терапия	Оценка жизненно-важных показателей и общего состояния пациента
1 день	Реамберин 250 мл + Дексаметазон 4 мг в/в, капельно 1 раз в день в 11ч, Полисорб 2 ст.л. 3 р/сут, перед едой внутрь, Габапентин 0,3 г независимо от приема пищи, внутрь, Метадоксил 0,5 г за 30 мин до еды, внутрь, Прокаинамид 500 мг в/в медленно, однократно	Тяжелая степень по шкале Ибера, наличие фибрилляции предсердий по ЭКГ (наличие волн f, отсутствие зубцов P перед каждым комплексом QRS, разность интервалов R-R) тахикардия (ЧСС — 121 уд./мин), нарушения электролитного баланса (гипонатриемия, гипокалиемия, гипомagnesемия, гипокальциемия), сниженное настроение, апатия, чувство усталости

Инструментальные исследования: электрокардиография (ЭКГ) от 01.02.2025: отсутствие выраженных зубцов P, наличие волн f в отведениях II, III, aVF, комплексы QRS следуют друг за другом через неравные промежутки времени, интервал R-R между вторым и третьим комплексом QRS=0,72 сек. во II отведении, между третьим и четвертым равен 0,56 сек. Комплекс QRS во II отведении =0,08 сек, QT=0,26 сек. Заключение: на данной ЭКГ ФП с нерегулярным желудочковым ритмом (рис. 1).

ЭКГ от 02.02.2025: Отсутствие зубцов P, наличие волн f, комплексы QRS следуют друг за другом через неравные промежутки времени, R-R интервал между вторым и третьим комплексом QRS=0,74 сек, между первым и вторым комплексом QRS=0,98 сек, интервал QRS=0,08 сек. Заключение: ФП с неправильным желудочковым ритмом (рис. 2).

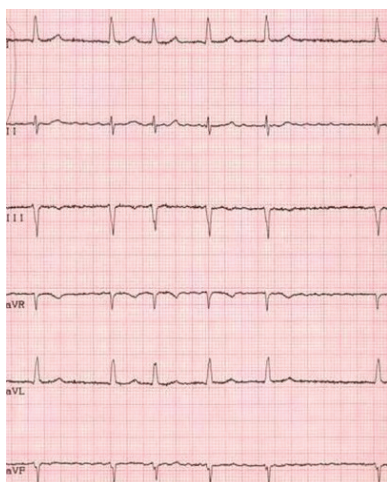


Рис. 1. ЭКГ пациента при поступлении в стационар 01.02.2025. ФП с нерегулярным желудочковым ритмом.

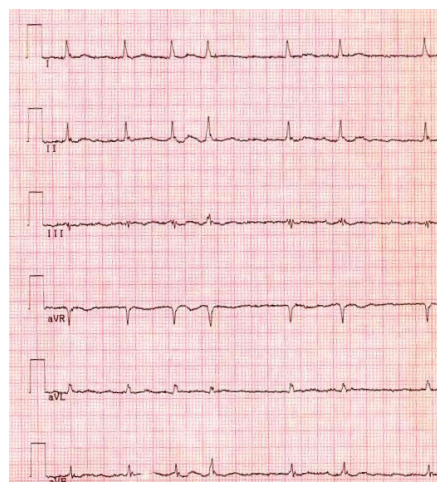


Рис. 2. ЭКГ пациента в динамике на второй день пребывания в стационаре 02.02.2025. ФП с неправильным желудочковым ритмом.

По результатам лабораторных исследований было выявлено увеличение печёночных трансаминаз (АЛТ 51,3 Ед/л, АСТ — 259,5 Ед/л), увеличение концентрации общего билирубина 53,56 мкмоль/л, прямого билирубина 22,21 мкмоль/л, увеличение общего белка 85,2 г/л, свидетельствующие о развитии фиброзных изменениях в ткани печени. Также было обнаружено нарушение баланса электролитного состава крови (К — 2,7 ммоль/л, Na — 125 ммоль/л, Mg — 0,62 ммоль/л, Са — 1,77 ммоль/л).

На основании анамнеза заболевания, анамнеза жизни, жалоб пациента, результатов физикального осмотра и данных лабораторных и инструментальных методов исследований был выставлен клинический диагноз: F10.2 Хронический алкоголизм II стадия в форме запойного пьянства, ААС. Осложнение основного заболевания: I48.0 Пароксизмальная форма ФП. I42.6 Алкогольная кардиомиопатия.

Дифференциальная диагностика

ФП на фоне ААС и ишемическая болезнь сердца (ИБС) — два состояния, которые могут проявляться схожими симптомами, такими как сердцебиение, одышка и боль в груди. Однако их механизмы, проявления на ЭКГ и подходы к лечению кардинально различаются. Важно проводить дифференциальную диагностику, чтобы поставить правильный диагноз и назначить адекватное лечение.

Основной патофизиологический механизм развития ФП при ААС — дезорганизованная электрическая активность предсердий, вызванная нарушением вегетативного тонуса, электролитного баланса и/или прямым действием токсинов (при абстиненции), что приводит к нерегулярной стимуляции желудочков. При ИБС это, как правило, атеросклеротическое поражение коронарных артерий, приводящее к стенозу и/или окклюзии, что вызывает ишемию миокарда. ЭКГ признаки при ФП — отсутствие нормальных

зубцов Р, наличие мелких, хаотичных волн фибрилляции ("f"), неправильный, переменный желудочковый ритм. Часто наблюдается тахикардия. При ИБС — изменения сегмента ST и зубца Т (депрессия, элевация, инверсия зубца Т), патологический зубец Q (при инфаркте миокарда), нарушения ритма (экстрасистолия, блокады). Синусовый ритм, как правило, сохранен (если нет сопутствующей ФП).

В течение 5 дней данному пациенту проводилось комплексное лечение, включающее в себя: реамберин 250 мл + Дексаметазон 4 мг в/в капельно (с целью восполнения электролитного баланса), Полисорб 2 ст. ложки + 750 мл воды (с детоксикационной целью и ускорения выведения этанола и продуктов его распада из организма) габапентин 0,3 г *per os* (с целью снижения патологического влечения к алкоголю, стабилизации психоэмоционального состояния), метадоксил 0,5 г по 1 таб. 3 р/сут. (с целью скорейшего выведения алкоголя из организма, стабилизация психоэмоционального состояния, с целью получения гепатопротекторного эффекта), Прокаинамид 500 мг в/в медленно, однократно (с целью купирования пароксизмальной формы ФП), атенолол 50 мг, внутрь (с целью купирования тахикардии и стабилизации ритма сердечной деятельности). По окончании курса терапии данного пациента были получены следующие результаты: нормализация ЭКГ (появление зубцов Р перед каждым комплексом QRS, равные интервалы R-R=0,18 сек, комплексы QRS=0,07-0,09 сек., синусовый ритм), показатели электролитного состава соответствуют норме (К — 4,7 ммоль/л, Na — 141 ммоль/л, Mg — 1,05 ммоль/л, Са — 2,4 ммоль/л), предъявляемые ранее жалобы на одышку, сердцебиение, тремор верхних конечностей, головные боли, проблемы со сном — отсутствуют, пациент отмечает улучшение психоэмоционального состояния.

Обсуждение

В ходе наблюдения за данным пациентом и оказании ему необходимой медицинской помощи было отмечено, что непрерывная и полная терапия основного заболевания совместно с купированием выявленных осложнений положительно влияет на исход развившейся патологии со стороны сердечно-сосудистой системы, в результате чего, описанные выше симптомы и жалобы отсутствуют. Не мало важно, что при изучении данного вопроса было выяснено, что данный симптомокомплекс встречается у большинства лиц, страдающих от алкогольной зависимости [5]. Состояние пациента улучшилось, однако стоит отметить, что изменения, вызванные ранее непрерывным злоупотреблением алкоголя, являются необратимыми, это свидетельствует о развитии алкогольной кардиомиопатии [6]. Настоятельно рекомендовано данному пациенту прекращение употребления алкоголя, так как помимо высокой смертности данного заболевания [7], возможно развитие осложнений, связанных с токсическим повреждением головного мозга [8]. Данные изменения практически всегда сопровождают течение хронического алкоголизма, что, возможно, связано с грубыми нарушениями электролитного состава крови вследствие тяжелой интоксикации алкоголем и/или продуктами его распада [9].

Заключение

В данном клиническом случае описаны сердечно-сосудистые нарушения, коморбидные с ААС, проявляющиеся нарушением сердечного ритма по типу пароксизмальной ФП. Сердечно-сосудистая патология, возможно, связана с высокотоксичным действием

этилового спирта, а точнее его активного метаболита — ацетальдегида, нарушающего проводимость электрических импульсов сердца, вызывающего метаболические нарушения, в частности, чрезмерная активация перекисного окисления липидов, увеличение содержания продуктов свободно-радикального перекисного окисления, снижение активности антиоксидантов, что ведет к гипертрофии кардиомиоцитов, развитию фиброза, а в дальнейшем замещению функционально-активных кардиомиоцитов на адипоциты. Неизбежным результатом данного процесса является развитие сердечной недостаточности [10]. При отсутствии лечения основного заболевания и контроля за осложнениями со стороны сердечно-сосудистой системы, в частности аритмогенного характера, возможно прогрессирование и развитие персистирующей и постоянной формы ФП [11].

Прогноз для пациента. При соблюдении рекомендаций, данных лечащим врачом, а именно: прекращение употребления алкоголя, при необходимости обращение за помощью в медицинские учреждения, нормализация образа жизни, мониторинг за состоянием здоровья, например, прохождение ежегодной диспансеризации — значительно улучшается прогноз для жизни.

Информированное согласие. От пациента получено письменное добровольное информированное согласие на публикацию описания клинического случая 02.02.2025.

Отношения и деятельность: все авторы заявляют об отсутствии потенциального конфликта интересов, требующего раскрытия в данной статье.

Литература/References

1. Amlaev KR. Alcohol Abuse: Epidemiological, Pathophysiological, Therapeutic Aspects, and Prevention Strategies. *Vrach*. 2021;(4):8-14. (In Russ.) Амлаев К.Р. Злоупотребление алкоголем: эпидемиологические, патофизиологические, терапевтические аспекты и стратегии профилактики. *Врач*. 2021;(4):8-14. doi:10.29296/25877305-2021-04-02.
2. Filippova EV, Bukin KE, D'yachkova A, et al. The current state of the problem of chronic alcoholism and new approaches to its correction (literature review). 2022;10. (In Russ.) Филиппова Е.В., Букин К.Е., Дьячкова А.Д. и др. Современное состояние проблемы хронического алкоголизма, новые подходы к его коррекции (обзор литературы). 2022;10. doi:10.51793/OS.2022.25.10.006.
3. Klemenov AV. Alcoholic cardiomyopathy: Literature Review. *Cardiology: News. Opinions. Training*. 2024;(1):36. (In Russ.) Клеменов А.В. Алкогольная кардиомиопатия: обзор литературы. *Кардиология: Новости. Мнения. Обучение*. 2024;(1):36. doi:10.33029/2309-1908-2024-12-1-44-49.
4. Kiryuhina SV, Zhdanova YV, Borisova AD, et al. Some Pathogenetic Mechanisms of the Development of Mental Disorders in Patients with Cardiovascular Pathology. *Medicine and Biotechnology*. 2025;(2):140-53. (In Russ.) Кирюхина С.В., Жданова Я.В., Борисова А.Д. и др. Некоторые патогенетические механизмы развития психических расстройств у пациентов с кардиологической патологией. *Медицина и биотехнология*. 2025;(2):140-53. doi:10.15507/3034-6231.001.202502.140-153.
5. Miroshkina IA, Kozhevnikova LM, Corin IB, et al. To the mechanism of the antiarrhythmic effect of fabomotizole dihydrochloride in alcoholic cardiomyopathy. *Pharmacokinetics and pharmacodynamics*. 2021;(1):30-7. (In Russ.) Мирошкина И.А., Коженикова Л.М., Цорин И.Б. и др. К механизму антиаритмического действия фабомотизола дигидрохлорида при алкогольной кардиомиопатии. *Фармакокинетика и фармакодинамика*. 2021;(1):30-7. doi:10.37489/2587-7836-2021-1-30-37.
6. Klemenov AV. Alcoholic Cardiomyopathy: Terminology, Pathogenesis, Clinic, and Treatment. *Medical Practice*. 2024;(2). (In Russ.) Клеменов А.В. Алкогольная кардиомиопатия: терминология, патогенез, клиника, лечение. *Лечебное дело*. 2024;(2). doi:10.24412/2071-5315-2024-13111.
7. Samorodskaya IV, Kakorina EP, Chernyavskaya TK. Mortality from Alcoholic Cardiomyopathy: Actual Data and Statistical Issues. *Russian Journal of Cardiology*. 2023;(11):5498. (In Russ.) Самородская И.В., Какорина Е.П., Чернявская Т.К. Смертность от алкогольной кардиомиопатии: фактические данные и проблемы статистического учета. *Российский кардиологический журнал*. 2023;(11):5498. doi:10.15829/1560-4071-2023-5498.
8. Pavlova AZ, Kalyokin RA, Dzhuvalyakov PG, et al. The neurotoxic effect of ethanol and other psychoactive substances as a general pathological basis for toxic encephalopathy. *Journal of Medical and Biological Research*. 2023;(2). (In Russ.) Павлова А.З., Калёкин Р.А., Джувалыков П.Г. и др. Нейротоксическое действие этанола и других психоактивных веществ как общепатологическое основание токсической энцефалопатии. *Журнал медико-биологических исследований*. 2023;(2). doi:10.37482/2687-1491-Z141.
9. Protynova IA, Kiryuhina SV. Features of the effect of anxiolytic therapy on the dynamics of the gas-electrolyte composition of blood in alcohol withdrawal syndrome. *Bulletin of Psychophysiology*. 2024;(1):120-3. (In Russ.) Протынова И.А., Кирюхина С.В. Особенности влияния анксиолитической терапии на динамику газо-электролитного состава крови при алкогольном абстинентном синдроме. *Вестник психофизиологии*. 2024;(1):120-3. doi:10.34985/2746-4812-0418-f.
10. Klemenov AV. Cardiomyopathy: Aspects of Pathogenesis and Clinical Presentation. *Clinician*. 2024;(1). (In Russ.) Клеменов А.В. Алкогольная кардиомиопатия: аспекты патогенеза и клиники. *Клиницист*. 2024;(1). doi:10.17650/1818-8338-2024-18-1-K706.
11. Cyplenkova VG, Ettinger AP. Ultrastructure of the myocardium in patients with chronic alcoholism of stages 2-3. *Norwegian Journal of Development of the International Science*. 2021;63-1. (In Russ.) Цыпленкова В.Г., Эттингер А.П. Ультраструктура миокарда больных хроническим алкоголизмом 2-3 стадий. *Norwegian Journal of Development of the International Science*. 2021;63-1. doi:10.24412/3453-9875-2021-63-1-49-53.