

Глава 11

ЛЕКАРСТВЕННО-ИНДУЦИРОВАННАЯ АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНАЯ БЛОКАДА

АВ-блокада возникает, когда угнетена передача импульсов из предсердий в желудочки через АВ-узел [1], она бывает первой, второй и третьей степени [2]. У молодых взрослых людей транзиторная АВ-блокада 1-й степени встречается в 4—6% случаев, постоянная форма АВ-блокады 2-й степени у взрослых старше 20 лет встречается не чаще 1%, после 50 лет ее распространенность возрастает до $\geq 5\%$, а у лиц старше 65 лет может достигать 30% [2]. Частота возникновения приобретенной АВ-блокады 2-й степени и полной АВ-блокады оценивается в 200 случаев на миллион в год [2]. АВ-блокада 3-й степени представляет собой серьезное нарушение ритма, ведущее к снижению перфузии внутренних органов, в том числе головного мозга и, как следствие, гипоксии головного мозга с клинически проявляющимися эпизодами потери сознания, так как замещающий желудочковый ритм не в состоянии осуществить полноценную перфузию [3—5]. АВ-блокады 1-й и 2-й степени представляют меньшую опасность, но нельзя исключать возможность прогрессирования их в АВ-блокаду 3-й степени [2].

Развитие АВ-блокады может быть обусловлено многими причинами (например, ИБС, в том числе острый ИМ, инфильтративные кардиомиопатии (амилоидоз, саркоидоз, гемохроматоз), инфекционные заболевания (дифтерия, болезнь Чагаса, болезнь Лайма, сифилис и др.), коллагенозы (системная красная волчанка, ревматизм, склеродермия и др.), нейромышечные заболевания (например, прогрессирующая мышечная дистрофия), может возникать на фоне хирургических вмешательств (протезирование аортального клапана, операции на митральном клапане, РЧА при наджелудочковых и желудочковых аритмиях) и на фоне приема ряда ЛС, способных влиять на АВ-проводимость или на обмен электролитов [2]. В том случае, когда причиной развития АВ-блокады является прием ЛС, ее называют ЛИ [3, 4].

Хотя в целом при ЛИ АВ-блокаде при условии отмены препаратов-индукторов благоприятных и летальных случаев не описано, у некоторых больных может возникнуть необходимость в постановке временного или постоянного ЭКС [—6]. Так, при обследовании 668 пациентов

с АВ-блокадой 2-й и 3-й степени, не имеющих ИМ в анамнезе, электролитных нарушений, дигиталисной интоксикации и вазовагальных обмороков, установлено, что наиболее часто АВ-блокаду провоцировал прием ББ в комбинации с дигоксином [7]. В 72% случаев прекращение приема данных ЛС приводило к разрешению АВ-блокады. Тем не менее у 27% пациентов возникали повторные эпизоды АВ-блокады даже в отсутствие приема вышеуказанных препаратов. В другом исследовании, в котором принимали участие 49 пациентов, у 43% пациентов, принимавших ББ и/или БКК, АВ-блокада разрешалась по окончании 5 периодов полувыведения препаратов [8]. При этом в течение последующих 6 месяцев наблюдения АВ-блокада типа Мобитц-2 или полная АВ-блокада возникла вновь у 50% пациентов в отсутствие приема препаратов-индукторов. Более чем 2/3 пациентов, у которых на фоне приема ББ и/или БКК развилась АВ-блокада, потребовалась установка постоянного ЭКС [8].

Развитие ЛИ АВ-блокады ассоциируется с приемом ряда ЛС из разных классов, они суммированы в табл. 11.1 [3, 4, 7–133].

Таблица 11.1

ЛС, применение которых ассоциировано с развитием лекарственно-индуцированной атриовентрикулярной блокады [3, 4, 7–133]

Группа ЛС/ЛС	Частота (%)	Механизм(-ы)	Уровень доказательности
ЛС для лечения заболеваний сердечно-сосудистой системы			
Антиаритмики 1А класс Дизопирамид	0–2	Ингибирующий эффект на АВ-проводимость	В
Антиаритмики 1В класс Лидокаин	Нет данных	Ингибирующий эффект на АВ-проводимость	С
Антиаритмики 1С класс Флекаинид Пропафенон	Нет данных 0,3	Ингибирующий эффект на АВ-проводимость	С А
β-блокаторы	0,15–2,4	Ингибирование активности симпатической НС, ведущее к замедлению проводимости через АВ-узел	А
Антиаритмики III класс Амиодарон Соталол	0–14,8 0,8–4,2	Ингибирующий эффект на АВ-проводимость	А В