



Клуб аритмологов России

информация | образование | общение профессионалов

Глубокоуважаемые коллеги!

В 2016 году под эгидой Клуба аритмологов была проведена Десятая юбилейная интернет-конференция, которая объединила более 1200 докторов из 222 городов России, Украины, Белоруссии, Казахстана, Германии, Греции, Эстонии. Наши образовательные семинары имеют большую популярность среди врачей самых разных специальностей.

Основной целью Клуба аритмологов является снижение заболеваемости и риска осложнений у больных с нарушениями сердечного ритма и проводимости, а также повышение качества их жизни и трудоспособности. Учитывая высокий интерес аудитории наших слушателей, можно с уверенностью сказать, что проблема лечения аритмий – одна из наиболее актуальных вопросов современной кардиологии.

На сайте Клуба аритмологов **www.arrythmology-club.ru** представлены наиболее современные рекомендации, периодические издания и лекции ведущих профессоров, которые станут полезным источником получения информации для специалистов профессионально занимающихся аритмиями.

Президент Клуба аритмологов,
Главный кардиолог ЦФО РФ и Московской области,
Президент национального общества
«Кардиоваскулярная профилактика и реабилитация»
профессор, д.м.н. Поздняков Ю.М.

СОБЫТИЯ

29 марта 2016 года в рамках V Международного форума кардиологов и терапевтов состоялся Симпозиум

Клуба Аритмологов России на тему «Новые возможности в терапии аритмий».



Программа конференции

1. Со вступительной речью выступил почетный президент Российского общества кардиологов, академик Р.Г. Оганов

Академик Оганов Р.Г. отметил, что нарушения сердечного ритма — наиболее распространенный синдром, встречающийся в клинической практике. Рост смертности от сердечно-сосудистых заболеваний в России определяют высокую социальную значимость проблемы лечения аритмий для нашей страны.

Докладчик акцентировал внимание, что появление аритмий сопровождается выраженными субъективными расстройствами, ухудшением качества жизни боль-

ных, увеличением числа госпитализаций и ростом смертности. Несмотря на широкий арсенал современных методов лечения нарушений сердечного ритма выбор антиаритмического препарата вызывает определенные трудности. Необходимо ориентироваться на препараты с доказательной базой и уровнем рекомендаций.

Академик Оганов Р.Г. подчеркнул, что цель проводимого симпозиума — помочь врачу грамотно выбрать антиаритмический препарат в сложных клинических ситуациях.

2. Работа Клуба аритмологов России — Президент Клуба аритмологов, Президент Национального научного общества «Кардио-

Клуб Аритмологов России

- Дата создания 2010 год
- Основная цель Клуба аритмологов
Снижение заболеваемости и риска осложнений у больных с нарушениями сердечного ритма и проводимости, а также повышение качества их жизни и трудоспособности

Основные проблемы аритмологической помощи В России в перечне врачебных специальностей

НЕТ

- кардиолога-аритмолога (электрофизиолога)
- интервенционного аритмолога (ВС ЭФИ, РЧА)

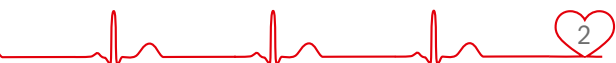
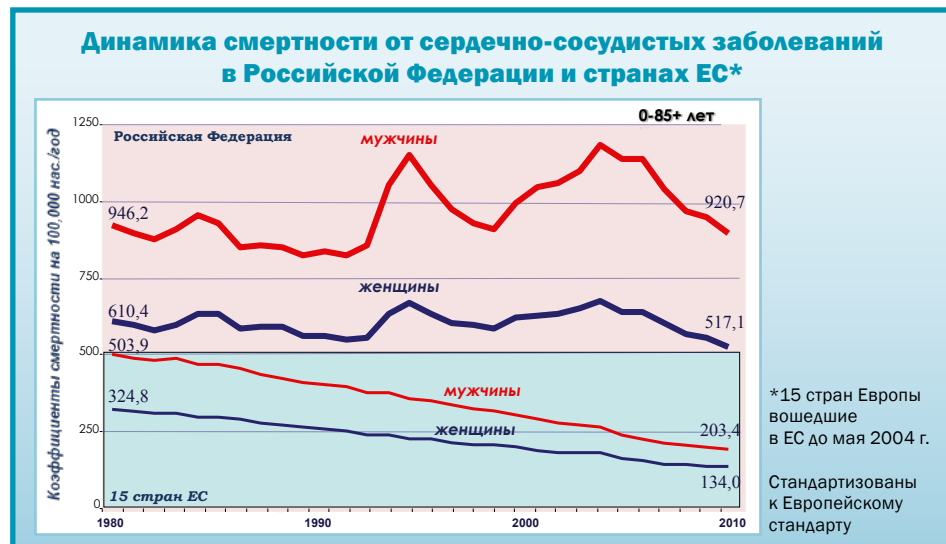
скулярная профилактика и реабилитация», д.м.н., профессор Поздняков Ю.М.

Профессор Поздняков Ю.М. отметил, что в 2015 году Клуб аритмологов России справил свой первый пятилетний юбилей. За это время аудитория слушателей выросла в несколько раз и в 2015 году превысила 3000 врачей. Сегодня с уверенностью можно сказать, что Клуб аритмологов России — международное общество докторов из всех регионов России, Украины, Белоруссии, Казахстана, Германии, Греции, Эстонии и многих других стран. Высокая популярность наших конференций свидетельствует о большой актуальности вопросов лечения аритмий в клинической практике.

В своем выступлении Юрий Михайлович отразил основные проблемы аритмологической помощи в России: отсутствие в перечне врачебных специальностей кардиолога-аритмолога и интервенционного аритмолога, трудности в диагностике аритмий, отсутствие достоверных статистических данных по аритмиям, низкая информированность населения о нарушениях сердечного ритма и их осложнений.

3. Неотложная фармакотерапия аритмий — д.м.н., профессор Бунин Ю.А.

В начале своего выступления Юрий Андреевич сформулировал общие принципы ведения пациентов с пароксизмальными



Комментарий к фармакологической кардиоверсии ФП

1. **Пропафенон и флекаинид** — основные препараты для быстрого купирования ФП (ESC, 2010; АНА2014).
2. **Новокаинамид** — низкая эффективность. Рекомендован ESC только для купирования ФП у больных с синдромом WPW.
3. **Амиодарон** нецелесообразно использовать для быстрой кардиоверсии ФП (исключение — ХСН и ОКС) — эффект при в/в введении наступает только через несколько часов.
4. **Ибутилид** — IIb класс показаний из-за риска развития ПМЖТ (torsades de pointes), ESC 2010.

Вид тахикардии (продолжение)

II. Синоатриальная узловая реципрокная тахикардия (sinus nodal re-entry tachycardia):

вагусные приемы, бета-блокаторы верапамил, дигоксин

III. Многоочаговая предсердная тахикардия:

- 1) **верапамил, амиодарон, антиаритмики IC класса (пропафенон, флекаинид), сернокислая магнезия**
- 2) **электроимпульсная терапия и ЭКС не эффективны**

(ESC, 2003)

Желудочковые тахикардии

1. **Мономорфная желудочковая тахикардия:**
 - в/в введение **новокаинамида, лидокаина (1–1,5 мг/кг за 1–2 мин.), соталола (1–1,5 мг/кг со скоростью 10 мг/ мин.), амиодарона.**
 - при сердечной недостаточности или ФВ < 40% только **лидокаин или амиодарон.**
2. **Полиморфная ЖТ с удлинением интервала QT «torsades de pointes»:**
 - в/в введение **сернокислой магнезии (1,25–2,5 г за 5 мин), лидокаина или учащение ритма (ЭКС, изопротеренол)**
3. **Идиопатическая ЖТ :**
 - в/в введение **верапамила, аденозина**

(АНА, 2015)

тахикартиями, привел данные по эффективности ЭИТ и эффективности некоторых антиаритмических препаратов в купировании пароксизмов тахикардии. Определение вида тахикардии — одно из основных правил при выборе лекарственного препарата для восстановления

синусового ритма. Так, для быстрого купирования пароксизма фибрилляции или трепетания предсердий препаратами выбора являются пропафенон и флекаинид.

При синоатриальной узловой реципрокной тахикардии препаратами выбора являются бета-адре-

Рекомендации по купированию фибрилляции предсердий (ESC, 2012; АНА, 2015)

Рекомендации	Класс рекомендаций	Уровень доказательства
Внутривенное введение (в/в) пропафенона или флекаинида рекомендуется для кардиоверсии недавно возникшей ФП у больных без структурных поражений миокарда	I	A
В/в введение амиодарона рекомендуется для кардиоверсии недавно возникшей ФП у больных со структурным поражением миокарда	I	A
Однократный пероральный прием больших доз пропафенона или флекаинида (the “pill-in-the-pocket”) может быть рекомендован некоторым больным без структурных поражений миокарда для купирования недавно возникшей ФП (при условии, что в безопасности его применения вначале должен удостовериться врач)	IIa	B
В/в введение ибутилида может быть с целью купирования недавно возникшей ФП у больных со структурным поражением миокарда, но без выраженной артериальной гипотензии и удлиненного интервала QT (необходимо 4-х часовое мониторирование ЭКГ, так как возможно развитие проаритмий — ПМЖТ “torsade de points”)	IIb	A
Дигоксин (уровень доказательства «А»), верапамил, соталол, метопролол (уровень доказательства «В»), другие бета-блокаторы и аймалин (уровень доказательства «С») не эффективны для конверсии ФП в синусовый ритм и потому не рекомендуются.	III	A, B, C

ноблокаторы, а при многоочаговой предсердной тахикардии — верапамил, амиодарон, антиаритмики 1С класса. Для купирования мономорфной желудочковой тахикардии используют внутривенное введение новокаинамида, лидокаина, соталола, амиодарона.

Профессор Бунин Ю.А. отметил, что назначение антиаритмического препарата во многом зависит от основной патологии сердца, на фоне которой развился пароксизм. В заключение своего выступления Юрий Андреевич рассказал о новых рекомендациях по купированию ФП 2015 года: для кардиоверсии недавно возникшей ФП у больных без структурных поражений миокарда

рекомендуется внутривенное введение пропafenона или флекаинида, у больных со структурными поражениями миокарда — внутривенное введение амиодарона.

4. Пропафенон в купировании пароксизмов аритмий: преимущества новой инъекционной формы — старший научный сотрудник лаборатории неинвазивной аритмологии и рентгенхирургических методов лечения аритмий ФГУ ГНИЦ ПМ, к.м.н. Тарасов А.В.

В своем докладе Алексей Владимирович отметил, что в России в 2016 году с появлением инъекционной формы препарата Пропанорм

ВРАЧ ЗНАЕТ ПРОПАНОРМ, НО НЕ ИСПОЛЬЗУЕТ, НЕГАТИВНЫЙ ОПЫТ ИЛИ ОПАСЕНИЯ

(??CAST: «Пропафенон нельзя применять при органической патологии сердца»??)

ЧТО ТАКОЕ ВЫРАЖЕННЫЕ ОРГАНИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ СЕРДЦА?

- Выраженные признаки СН, фракция выброса ЛЖ менее 40%
- Острые формы ИБС или перенесенный инфаркт миокарда
- Гипертрофия Левого Желудочка (ГЛЖ) более 1,4 см

Пропанорм НЕ ПРОТИВОПОКАЗАН при:

артериальная гипертензия, хронические формы ИБС без ИНФАРКТА, пороки сердца и т.д. **НЕ ЯВЛЯЮТСЯ** противопоказанием к назначению ААП 1С класса ПРОПАНОРМ, если не приводят к указанным выше изменениям

При хронической ИБС целесообразно дополнять Пропанорм бета-адреноблокаторами

<http://arrhythmology-club.ru>
<https://www.youtube.com/watch?v=SSgCTNpk80A&feature=youtu.be>

ПРОПАНОРМ ПРИМЕНЯЕТСЯ ПРИ ШИРОКОМ СПЕКТРЕ АРИТМИЙ



В случае проведения длительной профилактической терапии Пропанорм безопаснее амиодарона, соталола и аллапинина!

✓ Соотношение «эффективность — безопасность» у Пропанорма лучше среди антиаритмиков

возникли новые возможности фармакологической кардиоверсии ФП. Внутривенное введение нагрузочной дозы пропафенона позволяет быстро и безопасно восстановить синусовый ритм у пациентов с сохраненной систолической функцией левого желудочка.

Пропафенон — один из наиболее эффективных и безопасных лекарственных препаратов, который используется для лечения фибрилляции предсердий, наджелудочковых и желудочковых нарушений сердечного ритма, в том числе у беременных женщин.

Основные показания к внутривенному введению пропафено-

на: купирование пароксизмов фибрилляции предсердий, трепетания предсердий, наджелудочковых тахикардий (в том числе при синдроме WPW), желудочковых тахикардий у пациентов с сохраненной систолической функцией левого желудочка. Схема внутривенного введения пропафенона (Пропанорма): Препарат вводят внутривенно струйно из расчета 2 мг/кг в течении 10 минут. При отсутствии терапевтического эффекта данную дозу можно ввести повторно через 90–120 минут.

В заключении Алексей Владимирович рассказал о проведении в 2016 году нового Российского исследования «ПРОМЕТЕЙ-ИН»,

Пропафенон в инъекционном растворе

Купирующая доза из расчета 2 мг/кг, если вес пациента, в среднем 70 кг, то ему необходимо 140 мг ПРОПАНОРМА

1 ампула – 35 мг, 140 мг / 35 мг = 4 ампулы

1 упаковка 10 ампул / 4 ампулы = 2,5

Итого 2 упаковка на 5 человек

«Пропафенон раствор для внутривенного введения 3,5 мг/мл, 10 мл – ампулы (10) – пачки картонные, срок годности 4 года»

- **ПРОПАНОРМ** – современный высокоэффективный антиаритмический препарат для купирования и профилактики фибрилляции предсердий и других нарушений сердечного ритма
- Соотношение «эффективность–безопасность» у ПРОПАНОРМА лучше среди анитаритмиков

ПРОПАНОРМ РАСТВОР должен по праву занять достойную долю в группе инъекционных антиаритмиков!

Исследование ПРОМЕТЕЙ-ИН (старт с апреля 2016 г.)

Первичные точки:

Восстановление синусового ритма на фоне применения пропафенона (Пропанорм®) в инъекциях у больных с пароксизмальной ФП в сравнение с инъекционным амиодароном (Кордарон®).

Вторичные точки:

- Время (мин.) до восстановления синусового ритма после в/в введения пропафенона или амиодарона.
- Побочные эффекты при введении ААП: гемодинамические, экстракардиальные или проаритмические.
- Время появления нежелательных явлений при в/в введении ААП.

цель которого – изучить эффективность и безопасность применения инъекционной формы пропафе-

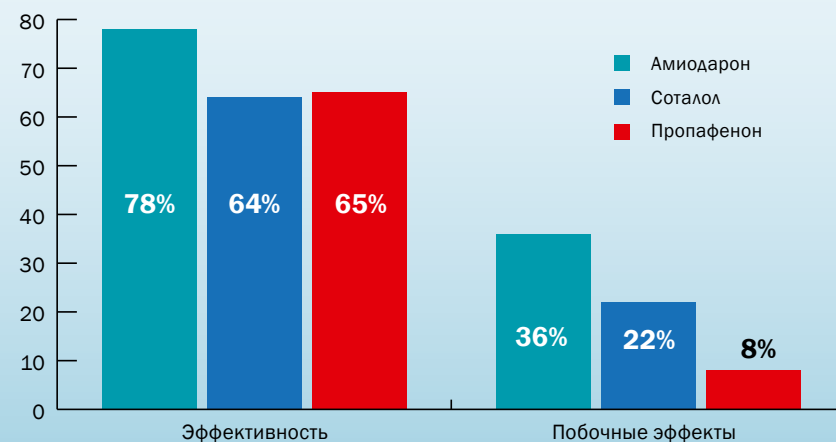
нона для купирования пароксизмальной ФП в сравнение с амиодароном.

5. Медикаментозная профилактика рецидивирующих аритмий — профессор Дощицин В.Л.

Профессор Дощицин В.Л. в своем докладе отметил, что к доказанным и хорошо изученным антиаритмическим препаратам от-

носятся пропафенон, амиодарон и соталол. Однако при сравнении эффективности и безопасности этих лекарственных препаратов наибольшее количество побочных эффектов возникает при приеме амиодарона и соталола.

Сравнительная эффективность и безопасность различных ААП



Татарский Б.А., НИИ кардиологии им.В.А. Алмазова, 2006

Антиаритмики 1-го класса рекомендуются больным без выраженных органических изменений сердца

Что такое выраженные органические изменения сердца?

- ХСН III ст., IV ФК, фракция выброса ЛЖ менее 40%
- Острые формы ИБС, перенесенный инфаркт, АКШ, стенокардия III–IV ФК
- Гипертрофия Левого Желудочка (ГЛЖ) более 1,4 см

Артериальная гипертония, хронические формы ИБС, пороки сердца и т.д. не являются противопоказанием к назначению этих средств, если не приводят к указанным выше изменениям

Решение проблемы АСК-индуцированных гастро- и энтеропатий

РЕБАМИПИД — индуцирует синтез эндогенных простагландинов E2 и GI2, стимулируя физиологическую защиту слизистой ЖКТ, предотвращая воспаление, эрозии, язвы, стриктуры, способствуя репарации уже поврежденной слизистой

- **ЕДИНСТВЕННЫЙ** препарат в РФ, эффективный для предотвращения и лечения НПВП — индуцированных эрозивно-язвенных поражений **КАК ЖЕЛУДКА, ТАК и КИШЕЧНИКА**, включая АСК-индуцированные
- **НЕ СНИЖАЕТ** эффективности **АНТИАГРЕГАНТНОЙ ТЕРАПИИ** Клопидогреля (в отличие от некоторых ИПП)
- Не имеет аналогов в России!
- **РЕБАМИПИД** эффективен там, где другие бесполезны!

Владимир Леонидович перечислил основные ограничения для применения соталола и амиодарона и отметил, что назначение антиаритмических препаратов 1С класса рекомендуется больным без выраженных органических изменений сердца: ХСН III ст., IV ф.к., фракция выброса ЛЖ менее 40%; острые формы ИБС, перенесенный инфаркт миокарда, АКШ, стенокардия III–IV ф.к.; ГЛЖ более 1,4 см.

В заключении профессор Дошницин В.Л. отметил, что для лечения и профилактики осложнений множества сердечно-сосудистых заболеваний широко используются низкие дозы ацетилсалициловой кислоты, что увеличивает риск желудочно-кишечных кровотечений. В настоящее время в России появился новый гастро и энтеропротектор — Ребамипид.

03 июня 2016 года состоялась десятая интернет-конференция Клуба аритмологов России, которая была посвящена вопросам современных методов лечения аритмий.

Программа конференции

1. **Проблема аритмий в России. Работа Клуба аритмологов 2015–2016** — Президент Клуба аритмологов,

Президент Национального научного общества Кардиоваскулярная профилактика и реабилитация, д.м.н, профессор Поздняков Ю.М.

Симпозиумы Клуба аритмологов, 2015–2016 гг.

- **Российский национальный конгресс кардиологов**
- **Московский Международный форум кардиологов и терапевтов**

Образование врачей и пациентов



Профессор Поздняков Ю.М. в своем докладе подвел итоги работы Клуба аритмологов России в 2015–2016 году: каждые 6 месяцев под эгидой Клуба аритмологов проходят интернет-конференции, которые пользуются большой популярностью среди врачей терапевтов, кардиологов, аритмологов, интервенционных хирургов. За последние 2 года проведено 4 симпозиума в рамках больших Российских конгрессов, материалы всех образовательных программ представлены в бюллетенях Клуба аритмологов и на сайте клуба.

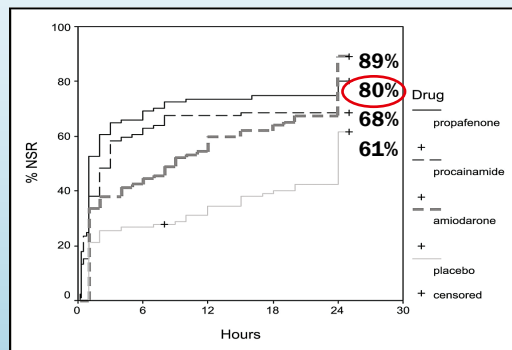
В заключении Юрий Михайлович отметил, что для повышения ка-

чества оказания медицинской помощи аритмологическим больным большая роль должна уделяться как образованию врачей, так и образованию пациентов.

2. **Купирующая терапия аритмий. Современные подходы и новые возможности** — старший научный сотрудник лаборатории неинвазивной аритмологии и рентген-хирургических методов лечения аритмий ФГУ ГНИЦ ПМ, к.м.н. Тарасов А.В.

Алексей Владимирович рассказал об основных принципах выбора антиаритмической терапии для купирования пароксизма ФП,

Сравнение эффективности в/в введения ААП у больных с пароксизмальной формой ФП



Часы: среднее время купирования аритмии
 амиодарон — 9 ч.;
 пропафенон — 1,5 ч.;
 прокаинамид — 3 ч.;
 плацебо — 17 ч.

George E. Kochiadakis, MD, Nikos E. Igomienidis, MD, Michail E. Hamilos, MD, Maria E. Marketou, MD, Gregory I. Chlouverakis, MSc, PhD, Panos E. Vardas, MD, PhD
 American Journal of Cardiology 2007 99, 1721-1725DOI: (10.1016/j.amjcard.2007.01.059)

Исследование ПРОМЕТЕЙ-ИН (старт с апреля 2016 г.)

Амиодарон:

1 вариант: в/в болюсно 300 мг (максимально 5 мг/кг массы тела) в 20 мл 5% р-ра глюкозы в течение 20 минут, далее при неэффективности через 90–120 минут — 150 мг в/в болюсно (максимально из расчета 2,5 мг/кг массы тела) в 20 мл 5% раствора глюкозы в течение 20 минут.

2 вариант: в/в 5 мг/кг массы тела в течение 60 мин. на 250 мл смеси 5% р-ра глюкозы. Далее в/в капельно 10–20 мг/кг/24 часа. Максимальная суточная доза не должна превышать 1200мг в течение 24 часов.

Пропафенон (Пропанорм®)

1 вариант: в/в 2 мг/кг массы тела в течение 10–15 минут без разведения. При отсутствии эффекта через 90–120 минут препарат ввести повторно, также в/в струйно за 10–15 минут.

2 вариант (продолжительные инфузии): вначале в/в струйно из расчета 2 мг/кг массы тела в течение 10–15 минут без разведения, а через 3–5 минут в/в капельно препарат вводят в дозе 0,5–2 мг/кг со скоростью 0,5–1 мг/мин в течение 1–3 часов. Для приготовления инфузионного раствора использовать исключительно раствор 5% глюкозы. Максимальная суточная доза не должна превышать 560 мг.

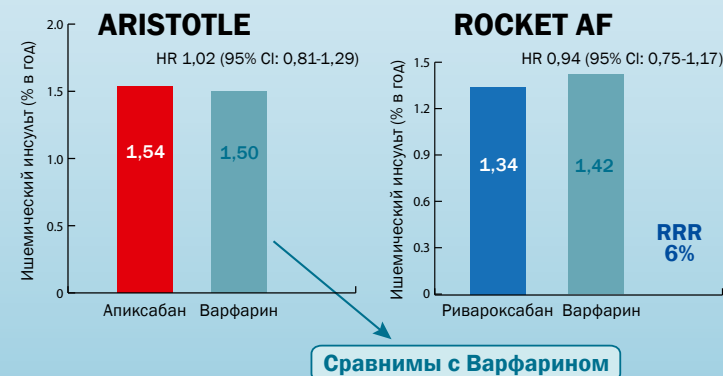
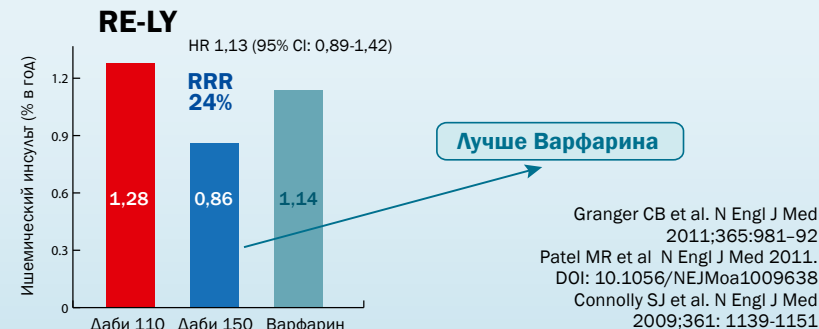
ТП и наджелудочковых тахикардий. Согласно последним рекомендациям препаратами выбора для купирования ФП являются пропафенон и амиодарон, привел данные по сравнению эффективности внутривенного введения антиаритмических препаратов у больных с пароксизмальной формой ФП.

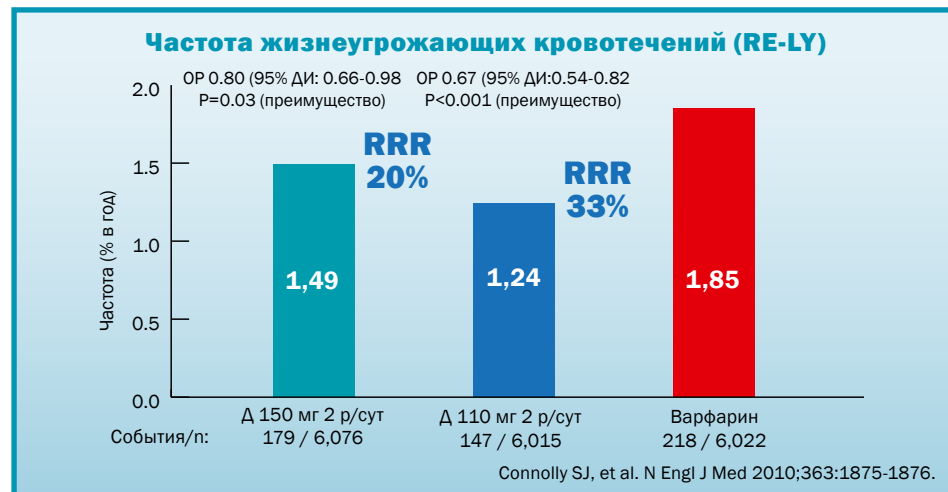
Во второй части выступления Алексей Владимирович доложил о первых результатах нового исследования «ПРОМЕТЕЙ-ИН», которое

стартовало в апреле 2016 года в разных городах России. Особое внимание докладчик уделил вопросу безопасности внутривенного введения антиаритмических препаратов и выявлению конечных точек исследования.

3. Профилактическая антиаритмическая и антикоагулянтная терапия фибрилляции предсердий — профессор кафедры неотложной терапии последипломного образо-

Какой из НОАК «лучше» предотвращает ИИ?





вания ФПК и ППВ НГМУ, д.м.н., вице-президент Клуба аритмологов России Миллер О.Н.

Профессор Миллер О.Н. подробно рассказала о показаниях и противопоказаниях для назначения оральных антикоагулянтов при ФП. Среди новых оральных антикоагулянтов, согласно результатам исследования

RE-LY, наиболее эффективным и безопасным препаратом является дабигатран. Так, при сравнении с варфарином, дабигатран достоверно «лучше» предотвращал ишемический инсульт и имел достоверно меньшее число жизнеугрожающих кровотечений.

Одним из несомненных достоинств дабигатрана является отсут-

Нежелательные эффекты Амиодарона

- Фотодерматоз (8–10%)
- Пегментная кератопатия (91–100%)
- Пневмонит (2–17%)
- Повышение уровня печеночных трансаминаз (4–25%)
- Гепатит (3%)
- Расстройства со стороны ЖКТ (5%)
- Неврологическая симптоматика (20–40%)
- Брадикардия (1%)
- Проаритмогенное (ЖТ типа «пируэт») – 0,3%
- Нарушение функции щитовидной железы (2–24%)

Побочные эффекты развиваются примерно у 15% пациентов в течение первого года, а при постоянном приеме – более чем у 50%. Приблизительно у 20% больных из-за развития НЯ приходится отменять препарат

ствие изменения эффективности препарата у пациентов с сахарным диабетом. В исследовании RE-LY было показано, что эффективность и безопасность дабигатрана в сравнении с варфарином не зависят от наличия сахарного диабета.

Во второй части своего выступления Ольга Николаевна отметила, что длительная антиаритмическая терапия должна проводиться пациентам с учетом оценки риска нежелательных побочных эффектов, перечислила побочные эффекты амиодарона, сформулировала основные принципы безопасности использования антиаритмической терапии.

факультетской терапии №2 Первого МГМУ им И.М. Сеченова, к.м.н. Тарзиманова А.И.

Аида Ильгизовна в своем докладе привела подробный алгоритм выбора тактики ведения пациента с персистирующей формой ФП, сформулировала основные принципы профилактики рецидивов ФП и обосновала критерии выбора стратегии контроля ЧЖС.

На основании результатов многоцентровых исследований и крупных реестров пациентов с ФП, докладчик сделала вывод, что стратегия контроля ритма имеет ряд преимуществ при сравнении со стратегией контроля частоты желудочковых сокращений. В заключение Аида Ильгизовна привела результаты собственного исследования, в котором проводилась оценка эволюции клинического течения ФП у пациентов

4. Стратегии сохранения ритма и контроля частоты желудочковых сокращений при фибрилляции предсердий — доцент кафедры

RE-LY®: диабет

Эффективность и безопасность дабигатрана в сравнении с варфарином не зависят от наличия сахарного диабета

Конечная точка	Диабет	Dabigatran 110 mg BID vs warfarin		Dabigatran 150 mg BID vs warfarin	
		HR (95% CI)	Значение P для взаимодействия	HR (95% CI)	Значение P для взаимодействия
Инсульт/СЭ	Да	0,74 (0,68–1,08)	0,2349	0,62 (0,42–0,91)	0,7555
	Нет	0,97 (0,76–1,23)		0,66 (0,51–0,86)	
Большое кровотечение	Да	0,91 (0,70–1,19)	0,2656	1,12 (0,87–1,44)	0,0917
	Нет	0,76 (0,64–0,90)		0,86 (0,73–1,02)	

BID = twice daily; CI = confidence interval; HR = hazard ratio
Darius H et al. Circulation 2012;126:A15937



АГ с пароксизмальной формой ФП при лечении пропafenомом (Пропанормом) в сравнении с терапией бисопрололом (Конкором) при многолетнем проспективном наблюдении.

При 5-летнем проспективном наблюдении обнаружено, что у па-

циентов АГ с пароксизмальной формой ФП прогрессирование аритмии в более устойчивые формы наблюдается достоверно реже при приеме пропafenона — 45,7% по сравнению с больными, получавшими бисопролол — 63,5%.

Прерывание приступа МА в домашних условиях

- Письменные врачебные рекомендации!
- Сроки приступа мерцательной аритмии не более 48 часов.
- Есть данные за эффективность медикаментозной терапии при предыдущих восстановлениях синусового ритма.

Пропафенон (пропанорм) является единственным в России препаратом рекомендованным для самостоятельного прерывания пароксизма МА.

5. Опыт организации и проведения школ для пациентов с фибрилляцией предсердий — КДЦ №6, к. м. н., Сыров А.В.

Андрей Валентинович доложил результаты анкетирования 50 пациентов с ФП и 20 врачей-терапевтов. По результатам опросов и анкетирование пациентов и врачей амбулаторного звена о лечении ФП отмечены: низкий уровень информированности пациентов о своем заболевании; недостаточный уровень знаний о лечении ФП врачей первичного амбулаторного звена; недостаток информационных материалов для ежедневного рутинного использования.

Для улучшения качества оказания аритмологической помощи доктор Сыров А.В. предложил внедрять в медицинских учреждениях разработанную им систему обучения врачей и школу для пациентов по лечению аритмии, поделился

опытом проведения школ для пациентов, продемонстрировал план занятий, наглядные пособия и методические материалы.

6. Экстрасистолии и пароксизмальные наджелудочковые тахикардии — Профессор кафедры кардиологии ФУВ ГБОУ ВПО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова» МЗ и СР РФ, д.м.н., вице-президент Клуба аритмологов России Дощицин В.Л.

Профессор Дощицин В.Л. сформулировал основные принципы лечения аритмий, продемонстрировал современную классификацию тахикардий по ЭКГ-признакам и принципы терапии наджелудочковых тахикардий согласно последним рекомендациям.

Владимир Леонидович отметил преимущества пропafenона в профилактике частых рецидивов наджелудочковых тахиаритмий.

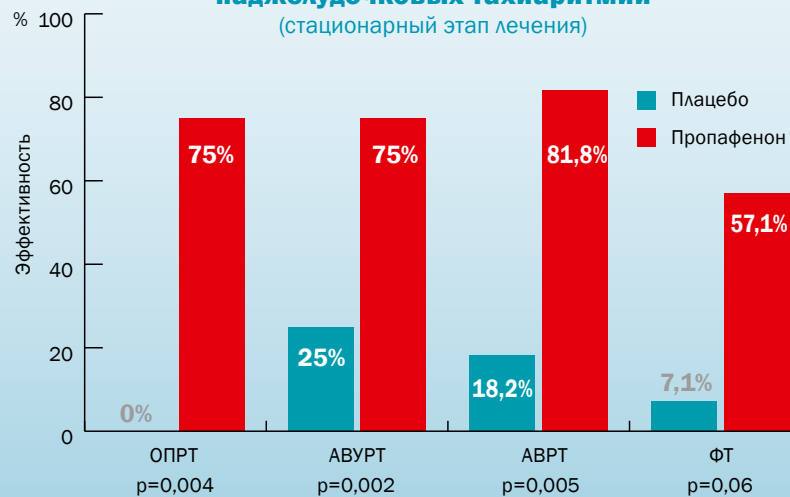
Профилактическая терапия при рецидивирующих пароксизмах наджелудочковой тахикардии с неизвестным механизмом

(модифицировано по ACC/AHA/HRS Guidelines, 2015)

Рекомендации	Класс рекомендаций
Катетерная абляция	I
β-блокаторы, дилтиазем, верапамил (при отсутствии предвозбуждения)	I
Пропафенон, флекаинид при отсутствии структурного заболевания сердца	IIa
Амиодарон, соталол, дофетилид	IIb
Дигоксин (при отсутствии предвозбуждения)	IIb

Пропафенон (Пропанорм®) в профилактике частых рецидивов наджелудочковых тахикардий

(стационарный этап лечения)



Бунин Ю.А., Денисов О.Н., Федякина Л.Ф. 2010

Вторая часть выступления профессора Дощицина Владимира Леонидовича была посвящена современным принципам лечения

больных с экстрасистолиями, докладчик подробно рассказал алгоритм лечения пациентов с аритмиями, разработанный им в 2013 году.

Научный редактор бюллетеня «Клуб аритмологов России», № 6, 2016 г. — доцент, к.м.н. Тарзиманова А.И. Напечатано в типографии «АС-медиа». Тираж 5 000 экз. Москва, 2016 г.



Прадакса® – лучшая защита от инсульта, которой Вы можете доверять*1-6

Прадакса® – единственный НОАК, профиль безопасности которого подтвержден в независимом исследовании FDA (>134 000 пациентов)²

Прадакса® 150 мг – единственный НОАК, превзошедший варфарин в снижении риска ишемического инсульта¹

*снижение риска ишемического инсульта у пациентов с фибрилляцией предсердий
НОАК – новый оральный антикоагулянт
FDA – Food and Drug Administration – управление по контролю за продуктами и лекарствами Министерства здравоохранения США

«У меня много планов. Инсульт в них не входит»

Литература:

1. Connolly SJ et al. N Engl J Med 2009;361:1139-1151; Connolly SJ et al. N Engl J Med 2010;363:1875-1876. 2. Graham DJ et al. Circulation 2014; doi: 10.1161/CRCLATIONAHA.114.012061. 3. Seeger JD et al. Presented at AHA 2014; Willes TC et al. Presented at AHA 2014. 4. Larsen TB et al. Am J Med 2014;127:329-336. doi: 10.1016/j.amjmed.2014.01.031. 5. Larsen TB et al. Am J Med 2014;127:329-336. doi: 10.1016/j.amjmed.2013.12.005. 6. Eizekovic M, et al. Presentation # 10684 at AHA Scientific sessions, 16-20 Nov 2013; Dallas; available at <http://www.abstracksonline.com/Plan/ViewAbstract.aspx?mid=3281&key=d6dce9ce-d16b-407b-8a5f-f968a9286458&key=C2d1750-0c13-4fb3-a538-e0b2e6f8310>

Краткая инструкция по применению лекарственного препарата для медицинского применения Прадакса® (Pradaxa®)

Регистрационный номер: ЛСР-007065/09 (для дозировок 75 мг и 110 мг); ЛП-000872 (для дозировки 150 мг), МНН: дабигатрана этексилат. Лекарственная форма: капсулы. Состав: одна капсула содержит 86,48 мг, 126,83 мг или 172,95 мг дабигатрана этексилата мезилата, что соответствует 75 мг, 110 мг или 150 мг дабигатрана этексилата. Показания: профилактика венозных тромбозов и у пациентов после ортопедических операций; профилактика инсульта, системных тромбоэмболий и снижение сердечно-сосудистой смертности у пациентов с фибрилляцией предсердий; лечение острого тромбоза глубоких вен (ТБГВ) и/или тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА) и профилактика смертельных исходов, вызываемых этими заболеваниями; профилактика рецидивирующего тромбоза глубоких вен (ТБГВ) и/или тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА) и смертельных исходов, вызываемых этими заболеваниями. Противопоказания: известная гиперчувствительность к дабигатрану, дабигатрану этексилату или к любому из вспомогательных веществ; тяжелая степень почечной недостаточности (КК менее 30 мл/мин); активное клинически значимое кровотечение, геморрагический диатез, спонтанное или фармакологически индуцированное нарушение гемостаза; повреждение органов в результате клинически значимого кровотечения, включая геморрагический инсульт в течение 6 месяцев до начала терапии; существенный риск развития большого кровотечения из имеющегося или недавнего язвления ЖКТ, наличие злокачественных образований с высоким риском кровотечения, недавнее повреждение головного или спинного мозга, недавняя операция на головном или спинном мозге или офтальмологическая операция, недавнее внутримозговое кровоизлияние, наличие или подозрение на вариконо-расширенные вены пищевода, врожденные артериовенозные дефекты, сосудистые аневризмы или большие внутримозговые или внутримозговые сосудистые нарушения; одновременное назначение любых других антикоагулянтов, в том числе нефракционированного гепарина, низкомолекулярных гепаринов (НМГ) (эноксапарин, дальтепарин и др.), производных гепарина (фондапаринукс и др.), пероральных антикоагулянтов (варфарин, ривароксабан, аликсабан и др.), за исключением случаев перехода лечения с или на препарат ПРАДАКСА или в случае применения нефракционированного гепарина в дозах, необходимых для поддержания центрального венозного или артериального катетера; одновременное назначение кетоназола для системного применения, циклоспорина, итраконазола, такриолимуса и дронедрона; нарушения функции печени и заболевания печени, которые могут повлиять на выживаемость, наличие протезированного клапана сердца; возраст до 18 лет (клинические данные отсутствуют). Способ применения и дозы: капсулы следует принимать внутрь 1 или 2 раза в день (в зависимости от показаний) независимо от времени приема пищи, запивая стаканом воды для облегчения проглатывания препарата в желудок. Не следует вскрывать капсулу. Особые указания при изъятии капсул из блистера: оторвите один индивидуальный блистер от блистер-упаковки по линии перфорации; выньте капсулу из блистера, отслаивая фольгу; не выдавливайте капсулу через фольгу. Побочные действия: побочные эффекты, выявленные при применении препарата с целью профилактики ВТЭ после ортопедических операций; для профилактики инсульта и системных тромбоэмболий у пациентов с фибрилляцией предсердий; для лечения острого тромбоза глубоких вен (ТБГВ) и/или тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА) и профилактики смертельных исходов, вызываемых этими заболеваниями; для профилактики рецидивирующего тромбоза глубоких вен (ТБГВ) и/или тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА) и смертельных исходов, вызываемых этими заболеваниями. Часто (от 1/100 до 1/10 случаев): анемия, носовое кровотечение, желудочно-кишечные кровотечения, ректальные кровотечения, боль в животе, диарея, диспепсия, тошнота, нарушение функции печени, кожный

геморрагический синдром, ургентные кровотечения, гематурия, Печень: все побочные эффекты предоставлены в инструкции по медицинскому применению. Особые указания: риск развития кровотечения. Применение препарата ПРАДАКСА, так же как и других антикоагулянтов, рекомендуется с осторожностью при состоянии, характеризующихся повышенным риском кровотечений. Во время терапии препаратом ПРАДАКСА возможно развитие кровотечений различной локализации. Снижение концентрации гемоглобина и/или гематокрита в крови, сопровождающееся снижением АД, является основанием для поиска источника кровотечения. Лечение препаратом ПРАДАКСА не требует контроля антикоагулянтной активности. Тест для определения МНО применяется не должен, поскольку есть данные о ложном завышении уровня МНО. Для выявления чрезмерной антикоагулянтной активности дабигатрана этексилата использовать тесты для определения тромбинового или экаринового времени свертывания. В случае, когда эти тесты недоступны, следует использовать тест для определения АЧТВ. В исследовании RE-LY у пациентов с фибрилляцией предсердий превышение уровня АЧТВ в 2-3 раза выше граничных норм перед приемом очередной дозы препарата было ассоциировано с повышенным риском кровотечения. Условия хранения: в сухом месте, при температуре не выше 25 °С. Хранить в недоступном для детей месте. Срок годности: 3 года. Полная информация представлена в инструкции по медицинскому применению.

150 мг 2 раза в день
Прадакса®
дабигатрана этексилат
Защита от инсульта, подтвержденная практикой**



000 «Берингер Ингельхайм»
Россия, Москва, Ленинградское шоссе 16А, стр. 3,
телефон +7 495 544-50-44, факс +7 495 544-56-20

ПРОПАНОРМ®
АНТИАРИТМИЧЕСКИЙ ПРЕПАРАТ
пропафенона гидрохлорид

**ВОССТАНОВИТ,
СОХРАНИТ
ПРАВИЛЬНЫЙ
СЕРДЕЧНЫЙ РИТМ**

Реклама ЛС-001169 от 29.04.2011



- Антиаритмический препарат 1С-класса, успешно применяющийся при фибрилляции предсердий, пароксизмальных наджелудочковых тахикардиях и экстрасистолиях
- Рекомендован к применению всеми авторитетными кардиологическими сообществами*
- Имеет обширную доказательную базу в России:
 - ПРОМЕТЕЙ – многоцентровое национальное российское исследование (2005-2007)
 - ПРОСТОР – многоцентровое национальное российское исследование (2009-2012)
- Отличается высоким европейским качеством и доступной ценой

* Рекомендации по лечению фибрилляции предсердий РКО, ВНОА, ESC, АНА

www.propanorm.ru

Представительство в Москве: тел./факс: (495) 665 61 03

NEW!

**ПРОПАНОРМ инъекционный
(1 упаковка – 10 ампул по 35 мг)**

Купирующая доза из расчета 2 мг/кг в/в в течение 10 минут, например: если вес пациента 70 кг, то ему необходимо 140 мг Пропанорма: 1 ампула – 35 мг, 140 мг / 35 мг = 4 ампулы (для одного пациента).

При необходимости через 90–120 минут препарат можно ввести повторно. Максимальная суточная доза 560 мг.

**PRO.MED.CS
Praha a.s.**

ПЕРЕД НАЗНАЧЕНИЕМ ПРЕПАРАТА, ПОЖАЛУЙСТА, ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ПОЛНОЙ ИНСТРУКЦИЕЙ ПО ПРИМЕНЕНИЮ