



# Клуб аритмологов России

информация | образование | общение профессионалов

## Глубокоуважаемые коллеги!

В этом году для Клуба аритмологов России произошло знаменательное событие — 14–15 февраля 2017 года совместно со Всероссийским Научным Обществом Аритмологов состоялся Первый Интернет Конгресс Клуба аритмологов России. В работе Конгресса приняли участие специалисты из ведущих аритмологических центров Москвы, Санкт-Петербурга, Новосибирска, Томска, Самары. Первый Интернет Конгресс объединил 5985 участников из 17 стран, проводилось подключение 6 студий из разных городов России.

В программе конгресса были освещены самые разнообразные вопросы современной аритмологии: антиаритмические препараты в лечении различных нарушений сердечного ритма, методы хирургического лечения аритмий, антикоагулянтная терапия в практике врача-кардиолога, лечение аритмий во время беременности и при различных коморбидных состояниях. Возможность интерактивного общения специалистов разного профиля из самых отдаленных регионов нашей страны и за рубежом сделала Первый Интернет Конгресс Клуба аритмологов России одним из наиболее масштабных научных событий этого года.

Надеемся, что седьмой выпуск «Бюллетеня Клуба аритмологов» станет полезным источником получения информации для кардиологов, аритмологов, терапевтов и врачей других специальностей.

Президент Клуба аритмологов,  
Главный кардиолог ЦФО РФ,  
Президент Национального общества  
профилактической кардиологии  
профессор, д.м.н. Поздняков Ю.М.

## СОБЫТИЯ

**14–15 февраля 2017 года совместно со Всероссийским Научным Обществом Аритмологов состоялся Первый Интернет Конгресс Клуба аритмологов России.**





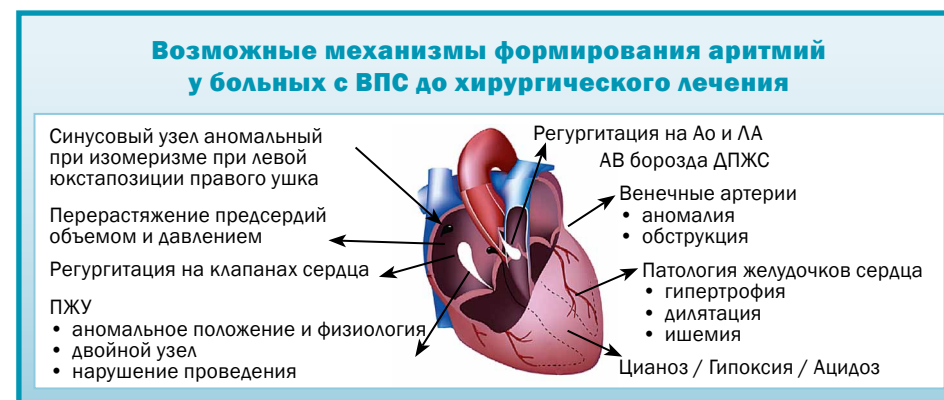
**Секция 1.  
Актуальные вопросы аритмологии – 2017.**

**Открыл работу первой секции академик РАН, профессор А.Ш. Ревитшвили**

В своем выступлении Амиран Шотаевич рассказал о показаниях для установки имплантируемых кардиовертер-дефибрилляторов, в том числе новые возможности применения генетических исследований в диагностике жизнеугрожающих нарушений сердечного ритма. Вторая часть доклада академика А.Ш.Ревитшвили была посвящена новым методам лечения фибрилляции предсердий: показаниям и эффективность выполнения РЧА, хирургических методов лечения ФП, гибридного подхода.

**Доклад профессора Артюхиной Е.А. был посвящен лечению аритмий после коррекции сопутствующей кардиальной патологии.**

Докладчик отметила, что наиболее часто аритмии возникают при коррекции врожденных пороков сердца, а также при операциях на желудочках. Привела клинические примеры возникновения различных аритмий при разнообразных оперативных вмешательствах. В заключении профессор Е.А.Артюхина сформулировала основные показания для лечения нарушений сердечного ритма, возникших после коррекции сопутствующей кардиальной патологии.



**Доклад профессора Рзаева Ф.Г. завершал первую секцию и был посвящен механизмам аритмии, технике и результатам катетерного лечения ФП.**

В своем выступлении докладчик

отметил, что механизмы развития ФП определяют выбор метода катетерного лечения аритмии, привел результаты мета-анализа интервенционного лечения различных форм ФП.

**Секция 2.  
Неотложная фармакотерапия аритмий. Школы для пациентов с аритмиями.**

**Открыл 2 секцию профессор Ю.М. Поздняков с докладом о работе Клуба аритмологов в 2016–2017 году.**

Юрий Михайлович рассказал о конференциях, проведенных в прошедшем году под эгидой Клуба аритмологов, отметил основные проблемы аритмологической помощи в России. Вторая часть выступления профессора Позднякова Ю.М. посвящена новым

лекарственным препаратам в лечении аритмии.

**Доктор А.В. Тарасов рассказал о новых возможностях лечения аритмий.**

Алексей Владимирович подробно рассказал о новых возможностях купирования пароксизмов наджелудочковых тахикардий, и об основных принципах профилактики инсульта у пациентов с ФП, которым планируется кардиоверсия. В заключении Тарасов А.В. отметил, что одним из наиболее эффективных препаратов в купировании пароксизмов ФП является пропафенон.

**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 упаковки 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 лучшее среди анитаритмиков**

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

[www.propanorm.ru](http://www.propanorm.ru)

**Выступление доктора А.В. Сырова было посвящено школам для пациентов с аритмиями.**

Докладчик поделился собственным опытом о проведении школ для пациентов с аритмиями и подчеркнул, что совместная работа с пациентом с ФП

позволяет резко повысить приверженность и эффективность лечения, школа для пациентов с ФП является ключевым звеном в образовании больных с аритмиями. В заключении Сыров А.В. рассказал о стратегии «таблетка в кармане» в лечении ФП.

**Пропафенон – «Таблетка в кармане»**

**Стандартная схема для купирования пароксизма МА:**

- Первый раз принимать препарат под контролем врача
- Пропанорм 600 мг однократно
- Пациентам с массой тела менее 70 кг – 450 мг однократно

**При первом приеме возможна схема:**

Пропанорм 300 мг, затем через час еще 300 мг.

**Профессор Д.А. Напалков доложил о применении прямых (новых) оральных антикоагулянтов в особых группах пациентов.**

Дмитрий Александрович подробно описал преимущества и недостатки

использования прямых оральных антикоагулянтов у пациентов ИБС, больных с пороками сердца, после стентирования коронарных артерий, пожилых пациентов, больных ХБП.

**Современные возможности использования НОАК в особых клинических ситуациях**

Клинические ситуации	Возможности
Искусственные клапаны сердца	ПРОТИВОПОКАЗАНО
Умеренный или тяжёлый митральный стеноз ревматической этиологии	ПРОТИВОПОКАЗАНО
Поражения клапанов сердца другой этиологии незначительной или умеренной выраженности	МОЖНО
Выраженный аортальный стеноз	МОЖНО (данных мало; большинству пациентов требуется операция)
Биопротезы клапанов сердца	МОЖНО (через 3 месяца после операции)
Операции на митральном клапане	МОЖНО (через 3–6 месяцев после операции)
Чрескожная транслюминальная аортальная вальвулопластика и транскатетерная имплантация аортального клапана	МОЖНО (отсутствуют длительные наблюдения, целесообразна комбинация с 1–2 антиагрегантами)
Гипертрофическая кардиомиопатия	МОЖНО (отсутствуют длительные наблюдения)

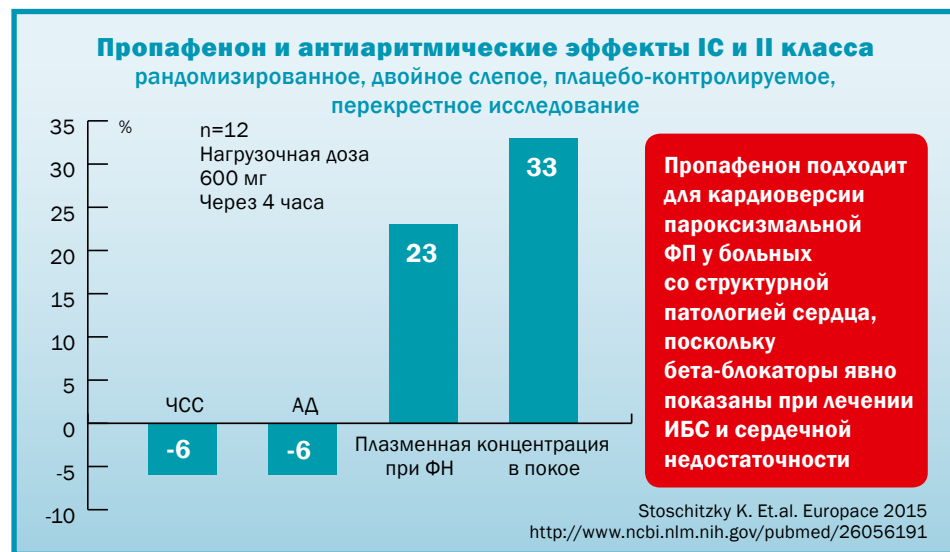
Heidbuchel H. et al. Updated EHRA practical guide on the use of the non-vitamin K antagonists anticoagulants in patients with non-valvular atrial fibrillation. Europace 2015

**Секция 3.**

**Профилактическая антиаритмическая и антикоагулянтная терапия аритмий.**

*Профессор Миллер О.Н. рассказала о профилактической антиаритмической терапии ФП с позиций рекомендаций и доказательной медицины.*

Ольга Николаевна отметила, что при выборе препарата для долгосрочной терапии, безопасность стоит на первом месте. У многих категорий больных антиаритмические препараты IC класса не только являются достаточно безопасными, но нередко оказываются эффективнее амиодарона и лучше переносятся.

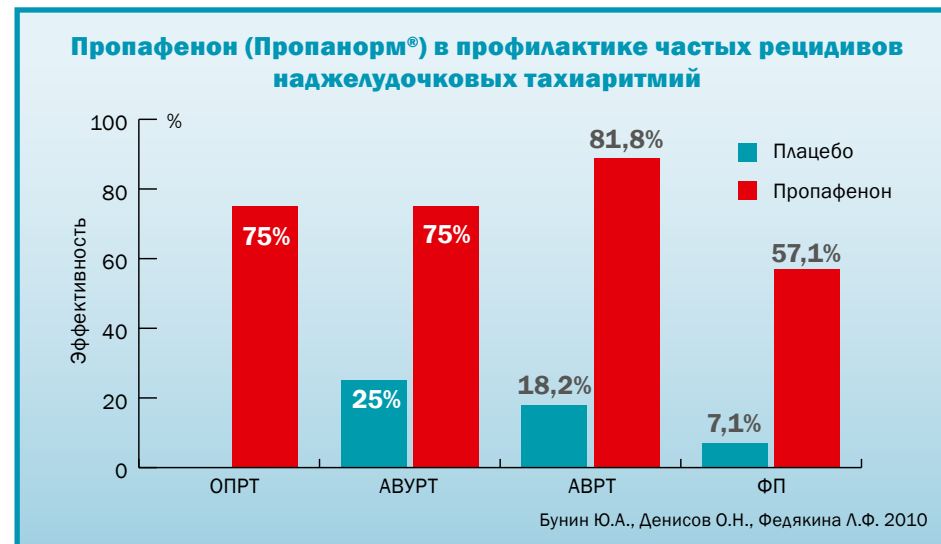


*Доктор Харлап М.С. доложила о ведении пациентов с ФП на госпитальном и амбулаторных этапах.* Мария Сергеевна изложила современное представление о тактике ведения пациентов с пароксизмальной фибрилляцией предсердий, которым показана операция изоляции устьев легочных вен.

*ской антикоагулянтной терапии при ФП.* Ольга Николаевна на примере клинических разборов сложных пациентов продемонстрировала преимущества и недостатки современных антикоагулянтов.

*Второй доклад профессора Миллер О.Н. был посвящен профилактической*

*Доцент Тарзиманова А.И. рассказала о современных принципах антиаритмической терапии наджелудочковых тахикардий и экстрасистолий.*



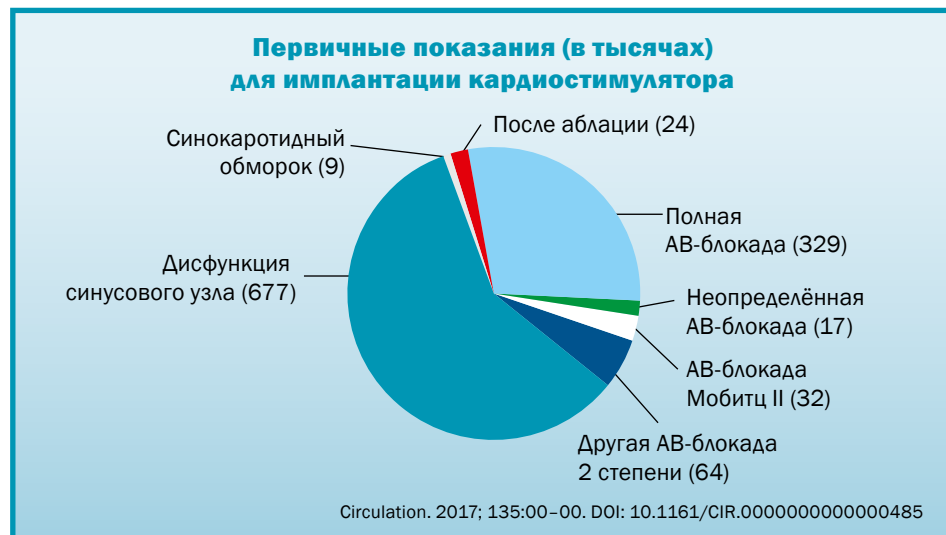
Аида Ильгизовна отметила, что одним из эффективных антиаритмических препаратов в профилактике частых рецидивов наджелудочковых тахикардий является пропафенон.

**Секция 4  
Интервенционные методы лечения аритмий.**

**Доклад профессора Давтяна К.В. был посвящен электрофизиологическим исследованиям.** Карапет

Владимирович подробно рассказал о возможностях применений ЭФИ при самых разнообразных аритмиях, выделил показания для назначения ЭФИ врачом-терапевтом.

**Тарасов А.В. рассказал о диагностике и лечении брадиаритмий.** Алексей Владимирович сформулировал основные ЭКГ признаки каждого нарушения проводимости и показания для имплантации кардиостимулятора.



**Доклад Ломидзе Н.Н. был посвящен антитахикардическим устройствам для профилактики внезапной сердечной смерти.** Николоз Нугзарович рассказал об эволюции имплантируемых устройств, подробно описал современные методы ресинхронизирующей терапии.

**Харлап М.С. подробно рассказала о подготовке и ведении пациентов с нарушениями ритма сердца после интервенционных вмешательств.** Мария Сергеевна описала показания к проведению инвазивного ЭФИ при наджелудочковых тахиаритмиях и план

обследования пациентов перед катетерным лечением аритмий.

**Секция 5  
Внезапная сердечная смерть (Новосибирск).**

**Лосик Д.В. рассказал об эпидемиологии и патогенезе развития внезапной сердечной смерти.** Докладчик отметил, что спектр причин, приводящих к ВСС, очень разнообразен, нет единого подхода в лечении данного

заболевания, а основным методом лечения является сердечно-легочная реанимация.

**Доклад Шабанова В.В. был посвящен внезапной сердечной смерти и ХСН.** Виталий Викторович рассказал об основных механизмах ВСС при ХСН, современных методах лечения желудочковых аритмий при ХСН, привел современные рекомендации по профилактике ВСС при ХСН.

**Новое при лечении ХСН и ВСС**

**МСС – это бифазные высоковольтные электрические сигналы, которые воздействуют в абсолютный рефрактерный период и не приводят к возбуждению миокарда, а увеличивают силу последующего сокращения.**

**Ефименко В.Г. рассказала о механизмах развития ВСС у пациентов ИБС.** Валентина Геннадьевна подробно описала лекарственные и хирургические методы профилактики ВСС при ИБС, отметила новые возможности и перспективные направления профилактики желудочковых аритмий при ИБС.

**В докладе Романова А.Б. были освещены вопросы внезапной сердечной смерти при различных нозологиях.** Александр Борисович отметил, что все доступные на настоящий момент антиаритмические препараты, за исключением бета-адреноблокаторов, не показали в рандомизированных исследованиях своей эффектив-

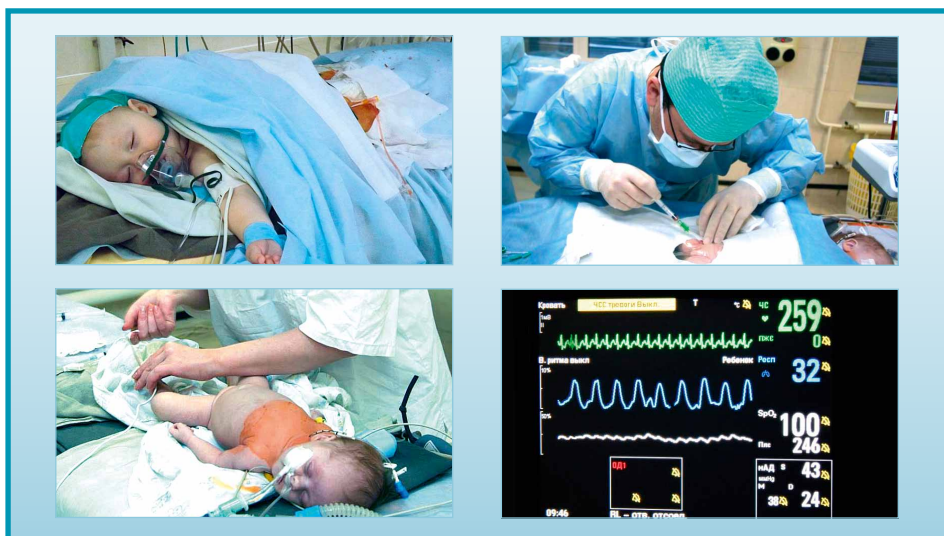
ности в первичной профилактике у пациентов с жизнеугрожающими желудочковыми нарушениями ритма или профилактике внезапной смерти, но каждый такой препарат обладает существенным потенциалом провокации нежелательных явлений, включая проаритмические.

**Секция 6  
Детская аритмология (Томск).**

**Свинцова Л.И. рассказала о клинико-патогенетических аспектах нарушений ритма у детей.** В своем докладе Лилия Ивановна подчеркнула,

что появление аритмий в детском возрасте способствует развитию АКМП и привела результаты собственных наблюдений. В НИИ Кардиологии в Томске на большом клиническом материале было показано, что проведение РЧА способствует регрессу АКМП.

**Доклад Криволапова С.Н. был посвящен лечению тахикардий у детей.** Сергей Николаевич рассказал основные показания к проведению РЧА при различных нарушениях ритма у детей, показания и методы лечения ИКС при желудочковых нарушениях ритма в детском возрасте.



**Хлынин М.С. рассказал о лечении брадиаритмий у детей.** Михаил Сергеевич доложил клинические характеристики и ЭКГ-критерии различных на-

рушений проводимости у детей, описал план обследования и тактику лечения при выявлении брадиаритмий в детском возрасте.

**Секция 7**

**Интервенционное лечение аритмии при ХСН и МСС (Санкт-Петербург).**

**Лебедева В.К. доложила о электро-терапевтических подходах в лечении ХСН.** Докладчица рассказала о механиз-

мах ресинхронизирующей терапии и сформулировала основные показания для ее применения.

**Рекомендации для лечения ХСН с помощью СРТ у пациентов с синусовым ритмом**

Рекомендации	Класс	Уровень
БЛНПГ у пациентов с ХСН II, III, IV (амбулаторно) ФК по NYHA, ФВЛЖ не более 35%, с синусовым ритмом и получающих оптимальную лекарственную терапию с длит QRS > 150 мс	I	A
БЛНПГ у пациентов с ХСН II, III, IV (амбулаторно) ФК по NYHA, ФВЛЖ не более 35%, с синусовым ритмом и получающих оптимальную лекарственную терапию с длит QRS < 150 мс	II	B
Пациенты, имеющие морфологию QRS любого другого типа /не БЛНПГ/, длит. QRS > 150 мс и подходящие под другие вышеуказанные критерии	Ila	B
Пациенты, имеющие морфологию QRS любого другого типа / не БЛНПГ/, длит QRS 120-150 мс и подходящие под другие вышеуказанные критерии	Ilb	B
Для пациентов с ХСН и длит QRS < 120 мс	III	B

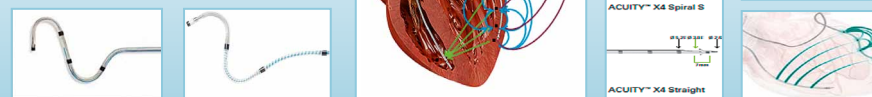
Европейские Клинические Рекомендации 2013года по СРТ; Рекомендации всероссийского научного общества по клинической электрофизиологии, аритмологии и кардиостимуляции, 2013

**Доклад Любимцевой Т.А. был посвящен оптимизации ресинхронизирующей терапии,** которая сообщила, что для повышения оптимизации СРТ необходим правильный отбор пациен-

тов, регулярный контроль медикаментозной терапии, оптимизация базовых параметров стимуляции, применение новых технических возможностей и удаленный мониторинг устройств СРТ.

**Многополюсные ЛЖ электроды**

- Обеспечивают больше возможностей устройствам СРТ
- Большой контроль в выборе вектора стимуляции



**Татарский Р.Б. сообщил о катетерной абляции тахикардий у больных с ХСН.** Роман Борисович отметил, что катетерная абляция эффективна в снижении частоты пароксизмов желудочковых тахикардий и интервенции

ИКД у пациентов со структурными заболеваниями сердца и ассоциирована с увеличением выживаемости пациентов со сниженной ФВ и сердечной недостаточностью высоких классов.

**Михайлов Е.Н. рассказал о нейромодуляции при ХСН.** Докладчик отметил, что методы нейромодуляции повышают качество жизни и толерантность к физическим нагрузкам при ХСН. Подробно рассказал о денервации почечных артерий, которая способствует купированию неблагоприятных аритмий при ХСН.



**Секция 8 Аритмии у беременных. Аритмии и коморбидные заболевания (Самара).**

**Лапшина Н. В. сделала сообщение о рекомендациях по лечению беременных с нарушениями ритма сердца.** Докладчик отметила, что антиаритмические препараты во время

беременности назначаются только при гемодинамически значимых или жизнеопасных нарушениях ритма сердца. Одним из наиболее эффективных и безопасных препаратов, которые можно использовать для лечения наджелудочковых аритмий во время беременности является пропанорм.

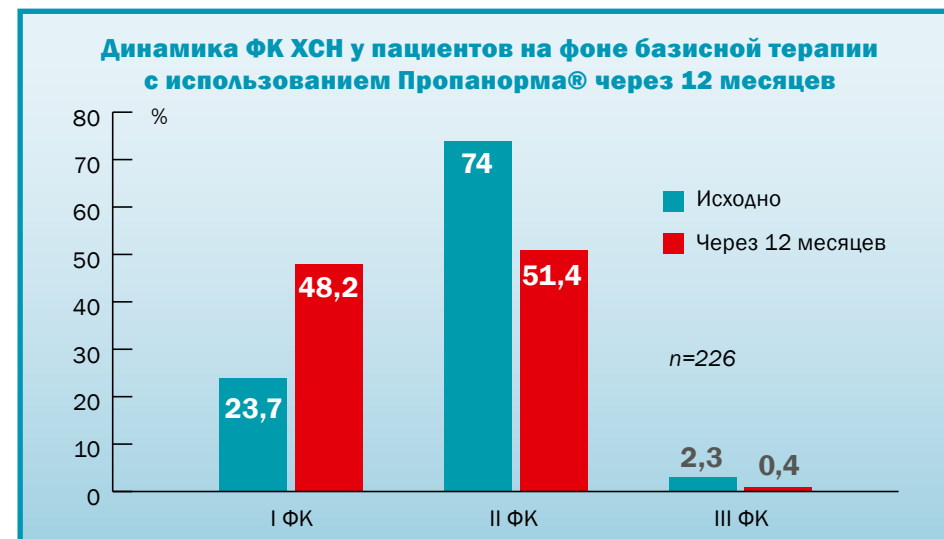
**Пропанорм применяется при широком спектре аритмий**

- Наджелудочковые и желудочковые экстрасистолы
- Антиаритмическая терапия до и после РЧА
- Фибрилляция предсердий
- Все варианты пароксизмальных наджелудочковых аритмий, в т.ч. синдром WPW
- Аритмии у беременных

**В случае проведения длительной профилактической терапии Пропанорм безопаснее, чем Амиодарон, Соталол и Аллапинин**

**Бабаева Е.Р. рассказала о 20-летнем опыте ведения беременных с нарушениями ритма.** Докладчик отметила, что существующая система наблюдения и пренатальная диагностика способствует достоверному увеличению числа новорожденных с критическими врожденными пороками сердца и нарушениями ритма и способствует улучшению результатов лечения новорожденных.

**Доклад Дуплякова Д. В. был посвящен лечению аритмий у коморбидных пациентов.** В своем выступлении Дупляков Д.В. отметил, что сопутствующие заболевания могут существенно повлиять на эффективность антиаритмической терапии, рассказал о результатах исследования «Простор».



**Профессор Павлова Т. В. рассказала о терапии аритмий у пациентов с ХСН.** Татьяна Валентиновна отметила, что выбор антиаритмического препарата у пациента с ХСН должен базироваться на объективной оценке его функционального статуса. Обоснованное использование антиаритмической, антигипертензивной и антикоагулянтной терапии позволяет замедлить про-

грессирование заболевания и улучшить прогноз у пациента с ХСН.

**Секция 9 Лечение фибрилляции предсердий: новые технологии (Москва).**

**Сопов О.В. подготовил сообщение об использовании метода неинвазивного поверхностного ЭКГ картирова-**

**ния сердца при интервенционном и хирургическом лечении пациентов с ФП.** Олег Валентинович отметил, что применение неинвазивного поверхностного ЭКГ-картирования позволяет точно верифицировать локализацию аритмогенного очага на дооперационном этапе, определить глубину залегания эктопического источника по отношению к эпикарду и эндокарду, что дает возможность хирургу выбрать правильную тактику при интервенционном лечении.

**Профессор Давтян К.В. подготовил сообщение о применении криобаллонной технологии при лечении ФП.** Карапет Владимирович рассказал, что на сегодняшний день метод криоаблации — это новый стандарт лечения ФП.

**Криоаблация — стандарт лечения ФП наряду с РЧА**

«... сегодня РЧА point-by-point и криобаллонная аблация — два стандарта катетерной аблации при ФП...»



2012 HRS Consensus Statement1

Calkins H, et al. Heart Rhythm. April 2012;9(4):632-696.

**В докладе Пиданова О.Ю. «Торакоскопическая абляция — время изменить взгляд на хирургию фибрилляции предсердий»** Олег Юрьевич рассказал о новых возможностях процедуры торакоскопической аблации в лечении ФП и недостатках этой методики.

**Калемберг А.А. подготовил сообщение о методах профилактики кардиогенной тромбоемболии у пациентов с ФП.** Докладчик отметил, что антикоагулянтная терапия остается главной и основной стратегией профилактики тромбоемболических осложнений у пациентов с ФП. Альтернативным методом профилактики инсультов у пациентов с ФП в условиях отсутствия возможности проведения консервативной терапии является эндоваскулярная окклюзия ушка левого предсердия.

**06 июня 2017 года** состоялась десятая интернет-конференция Клуба аритмологов России, которая была посвящена вопросам современных методов лечения фибрилляции предсердий и наджелудочковых нарушений сердечного ритма.

**Программа конференции**

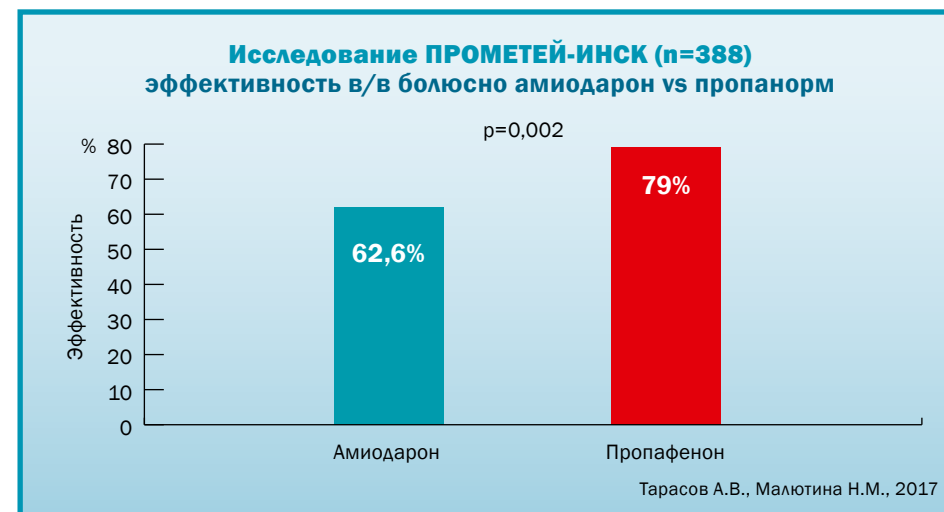
**1. Важнейшие актуальные проблемы аритмологии — Президент Клуба аритмологов, Президент Национального научного общества Кардиоваскулярная профилактика и реабилитация, д.м.н, профессор Поздняков Ю. М.**

В своем докладе профессор Ю.М.Поздняков обозначил основные проблемы аритмологической помощи в России.

**2. Купирующая терапия аритмий. Современные подходы и но-**

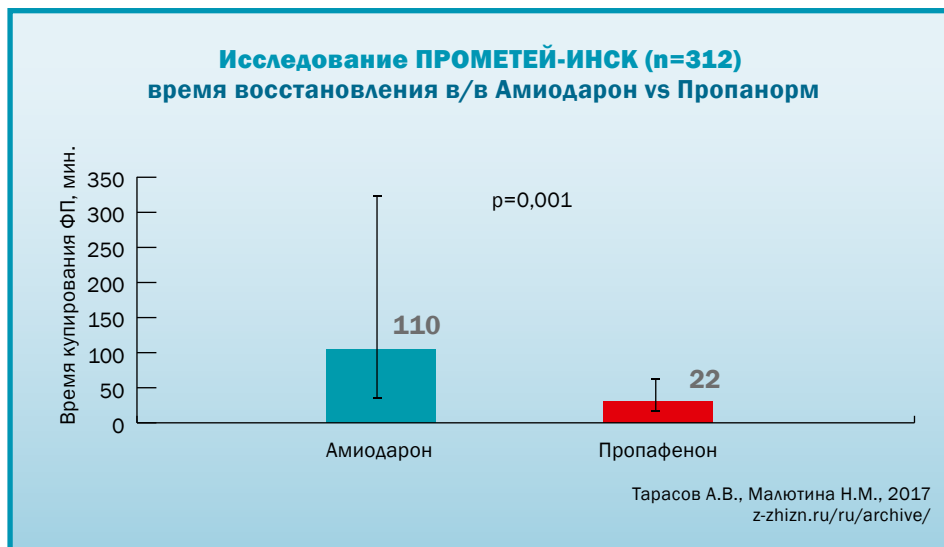
**вые возможности. Российское многоцентровое исследование «Прометей-инск» — ст. научный сотрудник лаборатории рентгенохирургических методов ГНИЦ Профилактической медицины, к.м.н Тарасов А.В.**

Алексей Владимирович рассказал о первых результатах исследования «Прометей-инск» и отметил, что инъекционный Пропанорм эффективный и безопасной ААП и может быть альтернативой Амiodарону при фармакологической кардиоверсии ФП. Инъекционный Пропанорм может применяться в





**В исследовании ПРОМЕТЕЙ-ИНСК Пропанорм инъекции выиграл по скорости наступления эффекта у кордарона (22 минуты Пропанорм, 110 Минут Кордарон), что коррелирует с международными данными.**



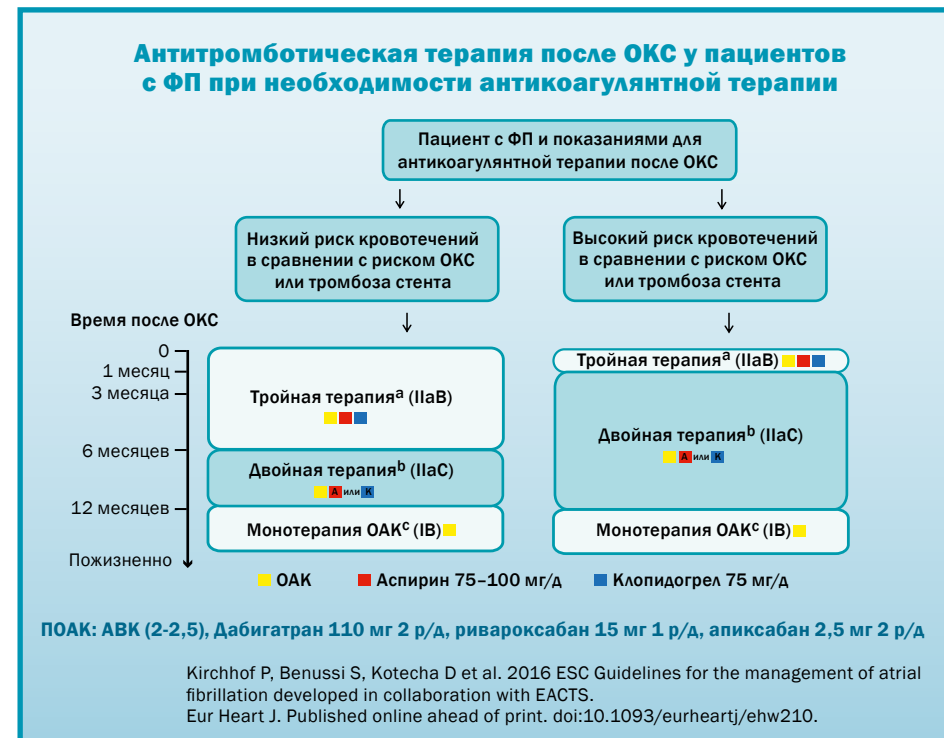
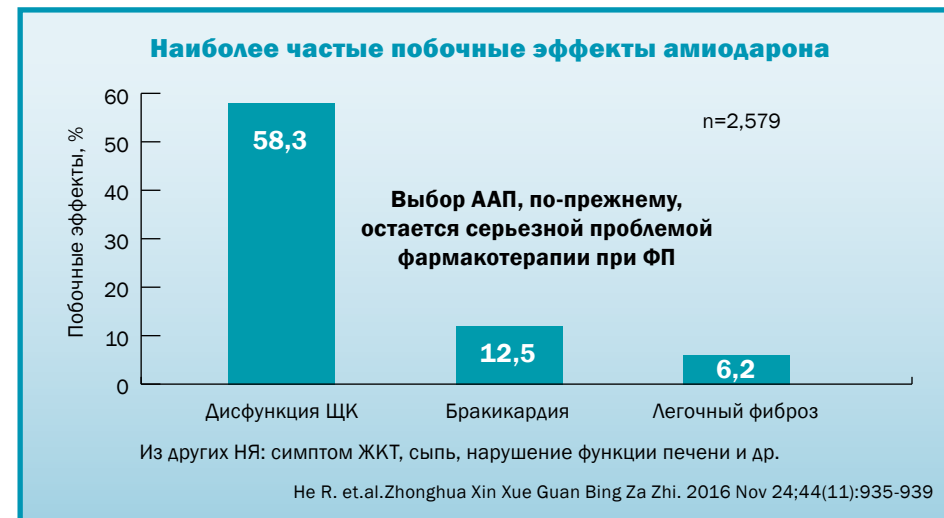
условиях СМП, так его максимальный эффект наступает до 30 минут.

**3. Ошибки, которые мы допускаем при лечении пациентов с нарушениями ритма сердца и проводимости — профессор Миллер О.Н.**

Ольга Николаевна подробно рассказала о показаниях и противопоказаниях современных антиаритмических препаратов. Докладчик обратила внимание, что побочные эффекты амиодарона ограничивают его применение.

**4. Ваши вопросы и наши ответы по использованию антикоагулянтов при ФП — профессор Миллер О.Н.**

Второй доклад Ольги Николаевны был посвящен актуальным вопросам назначения антикоагулянтов пациентам с ФП. Профессор Миллер О.Н. отметила, что применение оральных антикоагулянтов повышает риск желудочно-кишечных кровотечений, использование препарата ребамипид позволяет профилактизировать данные осложнения.



**5. Фармакотерапия наджелудочковых тахикардий: эффективность и безопасность — профессор Бунин Ю.А.**  
 Профессор Бунин Ю.А. расска-

зал о современных принципах лечения наджелудочковых тахикардий, отметил показания к проведению РЧА.



**6. Спорные вопросы аритмологии. Лечение больных с экстрасистолией — профессор Дощицин В.Л.**  
 Владимир Леонидович отметил, что выбор антиаритмической

терапии должен быть основан на оценке существующих сердечно-сосудистых заболеваний и представил алгоритм назначения антиаритмических препаратов.

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

**Что такое выраженные органические изменения сердца?**

- СН III ст., IV ФК, фракция выброса ЛЖ менее 40%
- Острые формы ИБС, перенесенный инфаркт, АКШ, стенокардия III–IV ФК
- Гипертрофия левого желудочка 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**

Дощицин В.Л. Адаптировано по Сулимову В.А. и др., 2011

# 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](http://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