



Клуб аритмологов России

информация | образование | общение профессионалов

Глубокоуважаемые коллеги!

За последний год Клуб аритмологов России значительно расширил аудиторию слушателей: более 2 500 врачей различных специальностей, объединенные желанием внести вклад в улучшение помощи пациентам с нарушениями сердечного ритма, активно участвуют в образовательных программах нашего Клуба.

Среди нас есть терапевты, кардиологи, интервенционные аритмологи, кардиохирурги-аритмологи, это медицинское сообщество объединяет врачей из 219 городов и 15 стран мира. Мы общаемся, делимся клиническим опытом, задаем друг другу вопросы и вместе повышаем качество аритмологической помощи в России.

Большой популярностью среди врачей пользуется наш сайт **www.arrythmology-club.ru (club-aritmolog.ru)**, где представлены записи всех наших образовательных семинаров (интернет-конференций) по самым разнообразным проблемам современной аритмологии.

Надеемся, что третий выпуск «Бюллетеня Клуба аритмологов» станет полезным источником получения информации для специалистов профессионально занимающихся аритмиями.

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

СОБЫТИЯ

За последние 6 месяцев под эгидой Клуба Аритмологов было проведено 2 интернет-конференции и симпозиум в рамках III Московского международного Форума кардиологов и терапевтов.

26 февраля 2014 года состоялась пятая интернет-конференция Клуба аритмологов России, проведенная совместно с Санкт-Петербургским Клубом электрофизиологов, которая была посвящена аспектам диагностики и лечения желудочковых нарушений сер-



дечного ритма. В конференции приняли участие 786 специалистов из 189 городов и 15 стран мира.

Программа конференции

1. Желудочковые аритмии. Важность проблемы и место хирургических методов лечения — Лебедев Д.С.

Конференцию открыл профессор Лебедев Д. С., который подчеркнул высокую актуальность изучения желудочковых тахикардий, а также низкую осведомленность врачей терапевтов и кардиологов о механизмах развития внезапной сердечной смерти. Лектор отметил, что одним из наиболее современных методов профилактики внезапной сердечной смерти является установка имплантируемого кардиовертера-дефибриллятора (ИКД), сформулировал основные

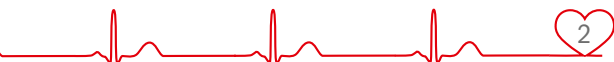
показания для аблации желудочковых нарушений сердечного ритма при ИБС. В заключении профессор Лебедев Д. С. провел анализ количества интервенционных вмешательств в ФГБУ «ФМИЦ им. В.А. Алмазова» за последние 10 лет: с 2003 до 2013 года их количество значительно возросло и составило в 2013 году 300 операций.

2. Идиопатическая желудочковая экстрасистолия. д.м.н., профессор — Миллер Ольга Николаевна.

Ольга Николаевна подробно рассказала о возможных причинах появления желудочковых экстрасистол (ЖЭ), сформулировала алгоритм обследования больного с идиопатической ЖЭ. Важный этап диагностики пациентов с идиопатическими ЖЭ — исследование вариабельности сердечного ритма,

Если НЖЭС или ЖЭС прогностически значимая? Если нет эффекта от БАБ? Что делать?

- **Пропафенон (Пропанорм®) 450–900 мг/сут.**
- **Пропафенон (Пропанорм®) + БАБ**
- **Соталол 80–160 мг/сут.** Но у ААП наиболее опасный аритмогенный эффект (развитие тахикардии типа «пируэт») связан с удлинением интервала QT
- **Назначение амиодарона (Кордарон®, с учетом многочисленности его побочных действий, целесообразно лишь при неэффективности прочей терапии)**
- **БАБ с антагонистами кальция противопоказаны!**



Тактика ведения беременных женщин с НЖЭС и ЖЭС

НЕУРГЕНТНАЯ СИТУАЦИЯ

Есть ли патологические состояния, способствующие развитию НСР?

- Органическое заболевание сердца
- ХОБЛ
- Нарушение функции щитовидной железы
- Электролитные нарушения
- Другая патология

Факторы, способствующие НСР:

- Прием кофеина, алкоголя
- Курение
- Употребление наркотиков
- Применение ЛС с аритмогенным действием
- Физические перегрузки
- Эмоциональные перегрузки

ДА

Лечение (коррекция)
выявленных нарушений

НЕТ

Ошибки при лечении экстрасистолии

- При решении вопроса «лечить или не лечить» Э, следует исходить из прогностической значимости
- Часто упорно и неэффективно лечат Э у подростков и молодых людей при отсутствии патологии сердца
- Неверно проводить упорную терапию Э не вполне ясной природы у лиц среднего возраста, тем более, если пациент ее не ощущает
- **Неверно отказаться от терапии вполне «доброкачественных» Э, если они «плохо переносятся»,** другое дело, что терапия должна быть нетяжелой и не забывать о вегетативном статусе
- Две ошибки при лечении Э: излишняя «агрессивность» или излишняя «пассивность»

альтернатиции зубца Т и дисперсии интервала QT.

В своем докладе профессор Миллер О.Н. отметила, что лечение идиопатической ЖЭ следует начинать с терапии бета-адреноблокаторами, витаминами, метаболическими средствами и препаратами

магния. При неэффективности бета-адреноблокаторов назначить антиаритмические средства: предпочтение при идиопатических ЖЭ отдается препаратам IC класса (пропафенон) или III класса (сotalол). Амiodарон вследствие его органотоксичности следует прини-

мать только при неэффективности прочей терапии.

Вторая часть выступления Ольги Николаевны была посвящена лечению ЖЭ во время беременности, лектор подробно рассказала о тактике ведения беременных с различными нарушениями сердечного ритма. В заключении профессор Миллер О.Н. осветила вопросы лечения ЖЭ у спортсменов.

3. *Бывают ли идиопатические ЖЭ?* — Митрофанова Л.Б.

Любовь Борисовна подчеркнула высокую актуальность изучения причин желудочковых тахикардий, так как появление данных нарушений сердечного ритма значительно ухудшает прогноз пациентов. Одним из наиболее информативных методов исследования для верификации диагноза при идиопатических желудочковых тахикардиях является эндомиокардиальная биопсия. Лектор привела данные литературы о специфичности метода эндомиокардиальной биопсии для постановки диагноза у пациентов с желудочковой тахикардией.

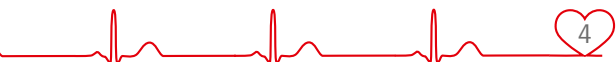
В своем докладе Митрофанова Л.Б. привела результаты собственных наблюдений. При выполнении эндомиокардиальной биопсии у больных желудочковыми тахикардиями было обнаружено, что в 36% случаев причиной данных

нарушений сердечного ритма был миокардит. Автор подчеркнула высокую информативность метода МРТ для диагностики аритмогенной дисплазии правого желудочка. В заключении Любовь Борисовна отметила, что проведение современных методов обследования пациентов с идиопатическими желудочковыми тахикардиями позволяет установить правильный диагноз и подобрать необходимое лечение.

4. *Современные возможности поверхностного картирования* — Чмелевский М.П.

Михаил Петрович обозначил основные алгоритмы топической диагностики желудочковых тахикардий по ЭКГ в 12 отведениях, при этом отметил трудности в использовании этого метода для верификации диагноза. Докладчик рассказал о современных методах элетрофизиологического исследования сердца, подчеркнул необходимость их использования при различных клинических ситуациях.

Одним из наиболее информативных методов диагностики желудочковых нарушений сердечного ритма является поверхностное картирование, которое относят к неинвазивным исследованиям в электрофизиологии. Чмелевский М.П. отметил современные возможно-



сти поверхностного картирования и показания к его применению.

5. ***Желудочковые аритмии у детей — Васичкина Е.С.***

Елена Сергеевна подробно рассказала о причинах появления желудочковых нарушений сердечного ритма у детей, отметила частое сочетание данных аритмий с врожденными пороками сердца и инфекциями; привела классификацию желудочковых нарушений ритма в детском возрасте.

Вторая часть доклада была посвящена методам диагностики и лечения желудочковых аритмий у детей. Для постановки диагноза желудочковых нарушений ритма у детей используют ЭКГ, суточное мониторирование ЭКГ, для установления причины нарушений сердечного ритма наряду с рутинным педиатрическими исследованиями используют МРТ, в ряде случаев генетическое тестирование.

В заключении докладчик сформулировала алгоритм лечения желудочковых нарушений сердечного ритма у детей и подростков при различных видах желудочковых аритмий.

6. ***Влияет ли этиология желудочковой тахикардии на результаты хирургического лечения? — Р.Б. Татарский***

Роман Борисович доложил результаты собственного исследования, в котором изучалось эффективность хирургического метода лечения желудочковой тахикардии при различной этиологии аритмии. Верификация причины у всех больных, включенных в исследование, выполнялась с помощью метода эндомиокардиальной биопсии.

На большом клиническом материале автор показал, что интраоперационные результаты катетерной аблации желудочковых аритмий не зависят от ее этиологии, в то время как отдаленные результаты проведенной процедуры взаимосвязаны с основным заболеванием сердца.

7. ***Катетерная аблация некоронарогенных желудочковых тахиаритмий — Иваницкий Э.А.***

Эдуард Алексеевич привел классификацию причин желудочковых тахиаритмий у пациентов без патологии сердца, обозначил основные алгоритмы диагностики некоронарогенных желудочковых тахикардий.

Докладчик сформулировал основные показания и противопоказания для проведения катетерной аблации у пациентов с желудочковыми нарушениями ритма некоронарогенной этиологии, отметил эффективность данной процедуры, а



также предикторы рецидивов аритмий после аблации.

8. Катетерная аблация постинфарктных желудочковых аритмий — д.м.н. Михайлов Е.Н.

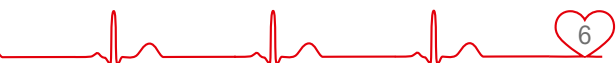
Евгений Николаевич подчеркнул высокую актуальность изучения желудочковых тахикардий после инфаркта миокарда, так как ИБС является наиболее частой причиной данных нарушений сердечного ритма. Докладчик рассказал о частоте возникновения желудочковых аритмий у пациентов после инфаркта миокарда, раскрыл основные электрофизиологические механизмы из возникновения.

Одним из наиболее современных методов лечения желудочковых тахикардий является катетерная аблация. Михайлов Е.Н. рассказал о различных методах катетерной аблации и ее эффективности у пациентов с постинфарктным кардиосклерозом.

9. Имплантируемые кардиовертер-дефибрилляторы в предупреждении внезапной сердечной смерти. Ведение пациентов — Лебедева В.К.

Виктория Кимовна рассказала о причинах внезапной сердечной смерти, отметила, что профилактика ВСС является одним из наиболее актуальных вопросов современной кардиологии. Единственным способом профилактики ВСС в настоящее время является установка имплантируемого кардиовертер-дефибриллятора.

В докладе был подробно изложен механизм работы имплантируемых кардиовертер-дефибрилляторов, дана характеристика всех основных видов ИКД, перечислены основные показания и противопоказания к их установке. Вторая часть доклада была посвящена основным вопросам ведения пациентов с ИКД, обсуждались возможные осложнения ИКД-терапии, методы их диагностики и лечения.



24 марта 2014 г. в рамках III Международного форума кардиологов и терапевтов, прошедшего в Москве, состоялся очередной симпозиум Клуба аритмологов России.

Симпозиум открыл почетный президент Российского общества кардиологов, академик РАМН Р.Г. Оганов. В своем вступительном слове Р.Г. Оганов подчеркнул, что нарушение ритма — это одна из сложных и интересных проблем в кардиологии, стратегия лечения которого очень часто меняется. Если раньше считали, что любые нарушения ритма надо лечить, то в дальнейшем были получены данные, что антиаритмики сами могут быть причиной кардиальных и некардиальных (органотоксических) побочных эффектов, и клиницисты стали более взвешенно подходить к этому вопросу. Периодически появляются и исчезают новые лекарства от нарушений ритма. Но есть препараты, которые прошли испытания не только в клинических исследованиях, но и испытание временем и клинической практикой. Один из таких препаратов — пропafenон, который используется и в лечении экстрасистолии и в лечении пароксизмальных нарушений ритма, в том числе мерцательной аритмии.

Программа симпозиума

1. Работа Клуба аритмологов в 2013–2014 годах — Президент

Клуба аритмологов, Президент Национального общества профилактики кардиологии, д.м.н, профессор Поздняков Ю.М.

Профессор Ю.М. Поздняков рассказал о работе Клуба, который был создан в 2010 г. для координации усилий специалистов в области аритмологии. Одно из новых направлений работы Клуба — проведение интернет-конференций в режиме онлайн. Ю.М. Поздняков отметил, что число участников интернет-конференций, которые проводились уже 5 раз, постоянно возрастает, количество стран-участников колеблется от 15 до 22. Страна-лидер по числу участников интернет-конференций — Россия. Но также активно участвуют Германия, Греция, Эстония, Украина, Белоруссия, Казахстан, Молдова, Израиль и другие страны.

Вторую часть своего выступления профессор Ю.М. Поздняков посвятил проблемам нарушения ритма у кардиологических больных в России, отметив, что от внезапной смерти в стране ежегодно погибают 300 тыс. человек, при этом 75–80% случаев составляет аритмогенная смерть. В организации аритмологической помощи в России в настоящее время существует много нерешенных проблем.



2. Роль ААП 1С-класса в фармако-терапии аритмий — профессор Бунин Ю.А.

Ю.А. Бунин посвятил свое со-общение большой и важной группе ААП — препаратам 1С-класса. В Европе и США в настоящее время для профилактики и лечения аритмий в соответствии с рекомендациями в большинстве случаев применяются ААП только двух классов — 1С и III, меньшее значение имеют ААП II (b-адреноблокаторы) и IV класса (антагонисты кальция).

Благодаря своим электро-физиологическим свойствам ААП 1С-класса могут применяться при всех нарушениях ритма сердца, но в настоящее время наибольшее значение они имеют в лечении наджелудочковых аритмий.

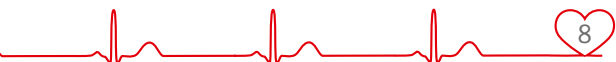
Для лечения ФП в соответ-ствии с адаптированными реко-мендациями ESC 2010–2012 гг. из препаратов 1С-класса исполь-зуются всего два — пропafenон и флекаинид, последний из которых не зарегистрирован в России, из препаратов III класса — соталол, амиодарон, дронедазон.

Амиодарон, хотя и является высоко эффективным ААП в лече-нии ФП, однако обладает высоким органотоксическим эффектом. К сожалению, в России лечение любой аритмии часто начинают с

амиодарона, тогда как в соответ-ствии с современным алгоритмом начинать лечение ФП следует с препаратов 1С-класса или соталола и лишь в случае их неэффективно-сти или побочных реакций подклю-чать другие препараты (исключе-ния — наличие систолической ХСН или выраженной гипертрофии мио-карда ЛЖ).

3. Лечение экстрасистолии — д.м.н., профессор Миллер О.Н.

О.Н. Миллер первую часть своего сообщения посвятила так называемым идиопатическим на-рушениям сердечного ритма (НСР). Под «идиопатическими» подраз-умеваются аритмии неясной эти-ологии, появляющиеся, казалось бы, у здоровых молодых людей, их возникновение не связано с воздействием лекарственных пре-паратов и других химических ве-ществ. О.Н. Миллер остановилась на принципах терапии. Если ЭС прогностически значима или нет эффекта от b-АБ, то необходимо выбрать другую тактику ведения пациента. И в этом случае пре-имущество имеют ААП 1С класса, в частности, пропafenон. Пропа-фенон может использоваться как в качестве монотерапии (суточная доза 450–900 мг), так и в комби-нации с b-АБ. Возможно использо-



вание ААП III класса — амиодарона или соталола. Однако следует помнить, что за счет удлинения интервала QT назначение соталола в высоких дозах чревато развитием пируэтной желудочковой тахикардии. Назначение амиодарона с учетом его органотоксичности целесообразно лишь при неэффективности прочей терапии.

4. Медикаментозное лечение ФП. Современное состояние проблемы — д.м.н., профессор Дощицин В.Л.

В.Л. Дощицин рассказал о лечении ФП, которая является одной

из наиболее значимых аритмий в клиническом аспекте. Распространенность ФП в общей популяции может достигать 2%, а среди лиц пожилого и старческого возраста — 5–10%. В рандомизированных исследованиях доказано абсолютное равноправие двух тактик ведения больных с ФП: 1) устранение аритмии, восстановление и удержание синусового ритма; 2) сохранение ФП с поддержанием частоты сердечных сокращений в нормальных пределах.

Далее В.Л.Дощицин привел основные критерии, на основании которых врач должен прини-



Сравнительная характеристика ААП 1 С класса

	Пропанорм	Этацизин	Аллапинин
Международные рекомендации по ФП	Высокий класс рекомендаций и уровень доказательств	Не представлен	Не представлен
Российские рекомендации по ФП	Высокий класс рекомендаций и уровень доказательств	Упоминается	Упоминается
Доказательная база (кол-во ссылок на научные статьи, ресурс pubmed.com)	1 500	70	10
Фармакоэкономика (стоимость месячного курса терапии)	540 рублей	2 160 рублей	2 400 рублей
Частота побочных эффектов при длительном лечении	2–15%	6–20%	20–25%

мать решение о тактике ведения, а именно: выраженность органических изменений сердца, стадия сердечной недостаточности, частота и продолжительность эпизодов аритмии, эффективность, переносимость и риск применения ААП, риск «нормализационных» тромбозов, возможность воздействия на этиологию аритмий, а также субъективная переносимость аритмии пациентом.

В.Л. Дощичин напомнил результаты исследований CAST-1 и CAST-2, доказавших, что острый период инфаркта миокарда, низкая фракция выброса и выраженная сердечная недостаточность являются противопоказаниями для назначения ААП IC-класса — энкаинида, флекаинида и морацизина. То есть с учетом результатов исследований CAST можно сделать вывод, что антиаритмики I класса рекомендуются

ся главным образом больным без выраженных органических изменений сердца (выраженные признаки сердечной недостаточности, фракция выброса ЛЖ < 40%, острые формы ИБС, гипертрофия ЛЖ > 1,4 см). В то же время АГ, хронические формы ИБС, пороки сердца и другие заболевания не являются противопоказанием к назначению этих средств.

лась совместно со Всероссийским Научным Обществом Аритмологов и была посвящена лечению аритмий у пациентов с сочетанной патологией и антитромботической терапии при аритмиях.

Программа конференции

1. *Работа Клуба аритмологов в 2013–2014 годах — Президент Клуба аритмологов, Президент Национального научного общества Кардиоваскулярная профилактика и реабилитация, д.м.н, профессор Поздняков Ю.М.*

4 июня 2014 года состоялась шестая интернет-конференция Клуба аритмологов России, которая проводи-



Пропанорм применяется при широком спектре аритмий

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

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

Юрий Михайлович рассказал о работе Клуба аритмологов за прошедший год, подчеркнул важность проведения интернет-конференций для врачей, поделился опытом проведения школ по нарушениям сердечного ритма для пациентов.

Во второй части выступления профессор Поздняков Ю.М. доложил последние результаты исследования «ПРОСТОР», отметил, что в случае проведения длительной профилактической терапии пропafenон (Пропанорм) безопаснее, чем амиодарон, соталол и аллапинин.

2. **Инвазивные методы лечения пароксизмальных наджелудочковых тахикардий — Батуркин Л.Ю.**

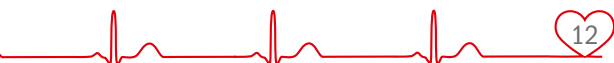
Лев Юрьевич дал характеристику наджелудочковых тахикардий (НЖТ) и привел эффективность проведения катетерной абляции при каждом виде данных нарушений сердечного ритма. Докладчик сформулировал основные показания для проведения ЭФИ при тахикардиях и сердцебиениях неясной этиологии и повторного ЭФИ после абляции, привел алгоритм дифференциального диагноза области предвозбуждения желудочков по полярности дельта-волны, рассказал основные механизмы возникновения НЖТ. В заключении Батуркин Л.Ю. доложил основные положения послед-

них рекомендаций по проведению РЧА при наджелудочковых тахикардиях.

3. **Фармакотерапия наджелудочковых тахикардий — д.м.н, профессор Бунин Юрий Андреевич.**

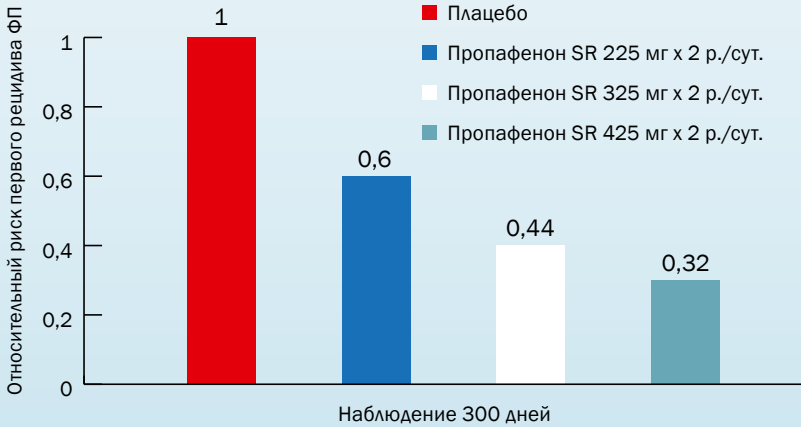
Первая часть выступления профессора Бунина Ю.А. была посвящена вопросам фармакотерапии основных наджелудочковых тахикардий. Во второй части доклада Юрий Андреевич рассказал об эффективности и безопасности «старых» и «новых» антиаритмиков в лечении ФП и целесообразности комбинированной антиаритмической терапии. Профессор Бунин Ю.А. отметил, что наибольшую клиническую доказательную базу профилактики рецидивов ФП имеют пропafenон и флекаинид. Эффективность отечественных антиаритмиков IC класса (аллапинин, этацинин) изучалась только в небольших неконтролируемых исследованиях. В Международных клинических рекомендациях (ESC, 2010, 2012; ACC/ANA, 2011) для перорального купирования ФП («таблетка в кармане») рекомендуются только 2 антиаритмика IC класса — пропafenон и флекаинид.

Профессор Бунин Ю.А. рассказал о практических аспектах использования новых оральных антикоагулянтов в профилактике тром-



Эффективность пропafenона в профилактике фибрилляции предсердий

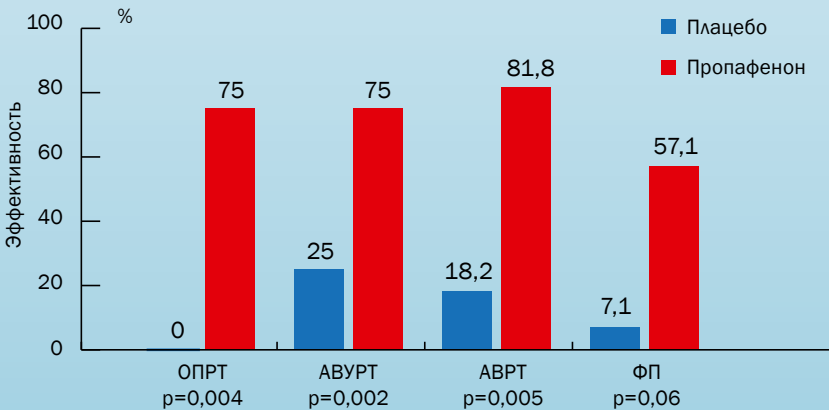
Пропafenон (Пропанорм PRO.MED.CS. Praha) в профилактике частых рецидивов наджелудочковых тахиаритмий (стационарный этап лечения)



Am.J.Cardiol.2003;92:941-946

Исследование RAFT (рандомизированное, двойное слепое, плацебо-контролируемое; 523 больных с ФП)

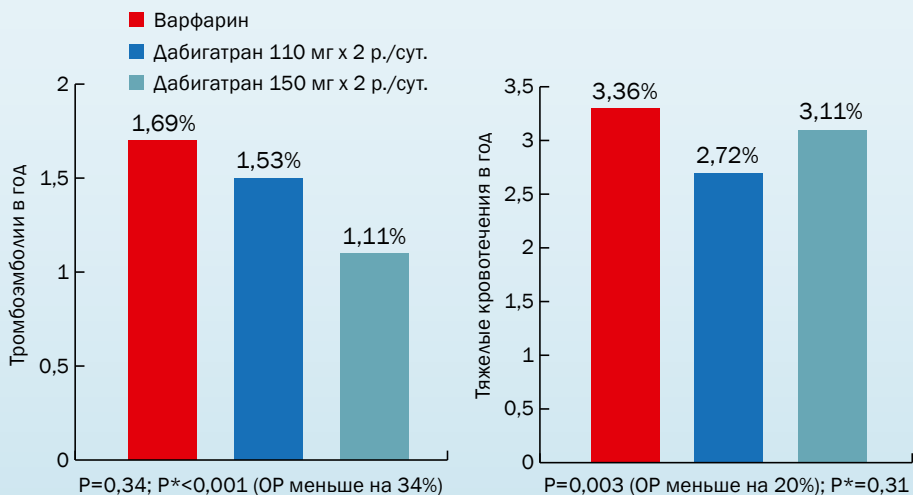
Уменьшение риска рецидива ФП по сравнению с плацебо 40–68%



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



Дабигатран и варфарин в профилактике тромбоэмболических осложнений при ФП (RE-LY) (18133 б-х, 44 страны, наблюдение – 2 года)

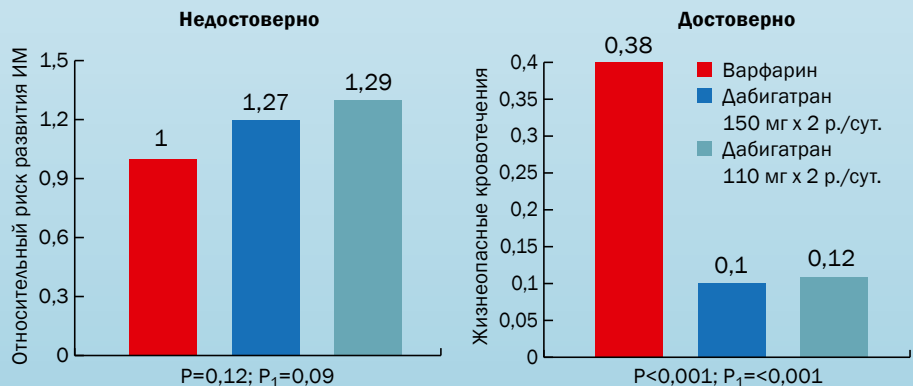


P – достоверность различий между варфарином и дабигатраном (110 мг x 2 р./сут.)

P* – достоверность различий между варфарином и дабигатраном (150 мг x 2 р./сут.)

New Engl. J. Med. 2009;361:1139-1151

Вторичные конечные точки исследования RE-LY



P – разница между Варфарином и Дабигатраном 150 мг x 2 р./сут.

P₁ – разница между Варфарином и Дабигатраном 110 мг x 2 р./сут.

Circulation. 2011; 123: 1144-1150

боэмболических осложнений при ФП. Отметил преимущества дабигатрана в снижении риска развития ишемического инсульта и смертности (единственный антикоагулянт, снижающий общую и сердечно-сосудистую смертность). Дабигатран целесообразно назначать больным, перенесшим ишемический инсульт на фоне применения варфарина, ривароксабана и апиксабана. При применении дабигатрана (110 мг х 2 р./сут.) и апиксабана меньше тяжелых кровотечений, чем при применении ривароксабана.

4. Вопросы безопасности антиаритмической терапии — к.м.н., врач кардиолог-аритмолог Тарасов Алексей Владимирович.

Алексей Владимирович подробно рассказал о побочных эффектах каждой группы антиаритмических препаратов, как экс-

тракардиальных, так и проаритмических; о взаимодействии между лекарственными препаратами. Докладчик привел клинический пример развития синдрома отмены аллапинина, который сопровождался расстройствами психической сферы. При этом Тарасов А.В. отметил, что аллапинин — алкалоид обладающей выраженной фармакологической активностью в отношении возбудимых тканей, больше всего нервной.

Наибольшее число экстракардиальных побочных эффектов наблюдается при длительном применении амиодарона. Среди наиболее частых осложнений при использовании амиодарона выделяют: нарушения функции щитовидной железы, гепатотоксичность, невриты, корнеальные микродепозиты, фотосенсиitivность, легочная токсичность и другие.

Экстракардиальные побочные эффекты аллапинина

Лаппаконитинна гидробромид (Аллапинин) — алкалоид, обладающий выраженной фармакологической активностью в отношении возбудимых тканей, в большей степени нервной.

Влияние на центральную нервную систему:

- Центральное седативное и анальгезирующее действие;
- Слабый серотонино-негативный и ГАМК-позитивный эффект, не влияя на опиоидные рецепторы;
- Доказано дофамин-позитивное и антиэпилептическое действие препарата.

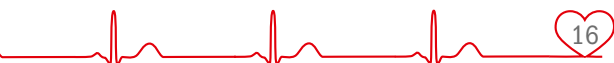
Ф.Н. Джахангиров, С.Ф. Соколов



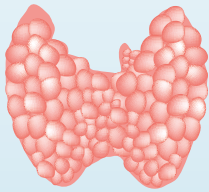
Экстракардиальные побочные эффекты ААП III кл. амиодарона

Неблагоприятная реакция	% пациентов
Гипотирозидизм	10%
Гипертирозидизм	0,9–5%
Легочная токсичность	2–17%
Гепатотоксичность (уровень энзимов)	15–20%
Гепатотоксичность (гепатит/цирроз)	<3%
Корнеальные микродепозиты	>90%
Зрительная нейропатия/невриты	≤1–2%
Серо-голубая окраска кожи	4–9%
Фотосенситивность	25–75%
Периферическая нейропатия	0,3% год
Общее количество побочных эффектов	25% ≤ года и 50% > года
Отмена препарата из-за побочных эффектов	23%

Ричард Н. Фогорос, 2009

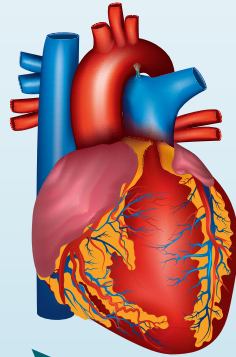


**Экстракардиальные побочные
эффекты ААП III кл. амиодарона
(дисфункция щитовидной железы)**

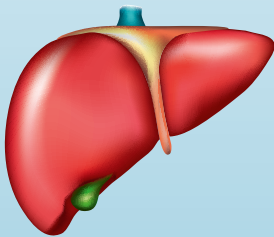


**прямое
цитотоксическое
действие**

Амиодарон



**блокада
связывания T3
с рецепторами
кардиомиоцитов**



**подавление
периферической
конверсии T4 в T3**

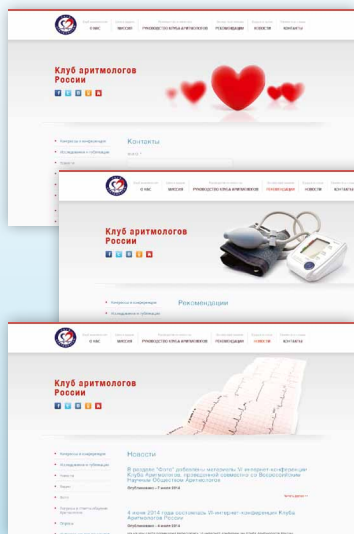
Ричард Н. Фогорос, 2009



АНОНСЫ

Уважаемые коллеги! В рамках Национального Конгресса Кардиологов под эгидой Российского Кардиологического Общества в сентябре 2014 г. в Казани пройдет очередной симпозиум Клуба аритмологов России. Подробная информация будет размещена на сайте Клуба аритмологов России.

Самые актуальные новости аритмологии на сайте Клуба аритмологов www.arrhythmology-club.ru



- Конгрессы и конференции
- Исследования и публикации
- Новости
- Видео
- Фото
- Вопросы и ответы, общение аритмологов
- Опросы
- Информация для пациентов
- Контакты
- Вступление в Клуб аритмологов

Прадакса®

Защита, проверенная временем¹



- ▶ Защита от ишемического инсульта: на 25% эффективнее варфарина^{2,3}
- ▶ Защита от геморрагического инсульта: на 74% безопаснее варфарина^{2,3}
- ▶ Снижение сердечно-сосудистой смертности: на 15% эффективнее варфарина^{2,3}

ПРАДАКСА™ – краткая инструкция по медицинскому применению⁴

Регистрационный номер: Прадакса® 75 мг/110 мг: ЛСР-007065/09; 150 мг: ЛП-008072
INN: дабигатран этексилат. Показания к применению: профилактика венозных тромбозов и/или системных эмболий у больных после ортопедических операций, профилактика инсульта, системных тромбозов и/или снижение сердечно-сосудистой смертности у пациентов с фибрилляцией предсердий. Противопоказания: гипоструальность к дабигатрану дабигатрану этексилату или к любому из его компонентов; значительная степень почечной недостаточности (КК менее 30 мл/мин); активное клинически значимое кровотечение, геморрагический диатез, спонтанное или фармакологически индуцированное нарушение гемостаза; поражение органов в результате клинически значимого кровотечения; активная геморрагическая инсульт в течение 6 месяцев до начала терапии; одновременное назначение кетоконазола для системного применения; нарушения функции печени и заболевания печени, которые могут повлиять на выживаемость; возраст до 18 лет. Способ применения и дозы: капсулы следует принимать внутрь, 1 или 2 раза в день, независимо от времени приема пищи, запивая водой. Не следует вскрывать капсулу. Профилактика венозных тромбозов (ВТ) у больных после ортопедических операций: рекомендуемая доза составляет 220 мг, 1 раз в сутки (2 капсулы по 110 мг). У больных с умеренным нарушением функции почек в связи с риском кровотечений рекомендованная доза составляет 150 мг, 1 раз в сутки (2 капсулы по 75 мг). Профилактика инсульта, системных тромбозов и/или снижение сердечно-сосудистой смертности у пациентов с фибрилляцией предсердий: рекомендуется применение препарата Прадакса® в

суточной дозе 300 мг (1 капсула по 150 мг 2 раза в день). Терапия должна продолжаться пожизненно. Применение в особых группах пациентов для профилактики инсульта у пациентов с ОП. Нарушение функции почек: перед терапией, во избежание назначения препарата пациентам с тяжелыми нарушениями функции почек (КК менее 30 мл/мин), необходимо предварительно оценить клиренс креатинина. В связи с отсутствием данных по применению препарата у пациентов с тяжелыми нарушениями функции почек (КК менее 30 мл/мин) применение препарата Прадакса® не рекомендуется. Функция почек должна оцениваться как минимум один раз в год. Применение у пожилых больных (старше 80 лет): препарат Прадакса® следует принимать в суточной дозе 220 мг (1 капсула по 110 мг 2 раза в сутки). Применение у пациентов с повышенным риском кровотечений: у пациентов с одним или более факторами риска возможно снижение суточной дозы препарата Прадакса® до 220 мг (прейм 1 капсулы 110 мг 2 раза в сутки). Кардиоверсия: проведение плановой или экстренной кардиоверсии не требует отмены терапии препаратом Прадакса®. Особые указания: Риск развития кровотечений: применение препарата Прадакса® также как и других антикоагулянтов, рекомендуется с осторожностью при состоянии, характеризующемся повышенным риском кровотечений. Во время терапии препаратом возможно развитие кровотечений различной локализации. Снижение концентрации гемоглобина и/или гематокрита в крови, сопровождающееся снижением АД, является показанием для поиска источника кровотечения. Лечение препаратом Прадакса® не требует контроля антикоагулянтной активности. Тест для

определения ИМНО применяться не должен, поскольку есть данные о ложном завышении уровня ИМНО. Для выполнения краткосрочной антикоагулянтной активности дабигатран следует использовать тесты для определения тромбинового или эквивалентного времени свертывания. В случае, когда эти тесты не доступны, следует использовать тест для определения АЧТВ. Одновременное применение препарата Прадакса® с антиагрегантами (аспирин, КС и клопидогрел) и ИВФ увеличивает риск кровотечения. Хирургические операции и вмешательства. У пациентов, применяющих препарат Прадакса® при проведении хирургических операций или инвазивных процедур, повышается риск кровотечений. Пациент при проведении хирургических вмешательств следует отменить препарат. Форма выпуска: капсулы 75 мг, 110 мг и 150 мг, по 10 капсул в блистер, 1, 3, 6 блистеров в пачку картонную с инструкцией по применению. Условия хранения: блистеры в сухом месте, при температуре не выше 25 °С. Срок годности: 3 года. Не использовать после истечения срока годности. Более подробную информацию Вы найдете в инструкции по медицинскому применению препарата. Получить дополнительную информацию о препарате, а также направить свои претензии и информацию о нежелательных явлениях можно по следующему адресу в России: ООО «Берингер Ингельхайм» 125171, Москва, Ленинградское шоссе, 16А, стр. 3. Тел./Факс: 8 800 7 00 99 93



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

1. Connolly SJ, et al. The Long Term Multi-Center Extension of Dabigatran Treatment in Patients with Atrial Fibrillation (RELY-ABLE) Study. Circulation. Published online July 14 2013. <http://circ.ahajournals.org/>
2. Connolly SJ, et al. Dabigatran versus warfarin in patients with atrial fibrillation. N Engl J Med. 2009;361:1139-51
3. Pradaxa®. EU SmPC, 2012.
4. Инструкция по медицинскому применению препарата Прадакса® П/У: 75/110 мг: ЛСР-007065/09; 150 мг: ЛП-008072

150 мг 2 раза в день

Прадакса®
дабигатран этексилат

Высокоэффективная профилактика инсульта

ПРОПАНОРМ®

пропафенона гидрохлорид

ВОССТАНОВИТ, СОХРАНИТ ПРАВИЛЬНЫЙ СЕРДЕЧНЫЙ РИТМ



- Антиаритмический препарат 1С класса со свойствами β -блокаторов и антагонистов кальция
- Является препаратом первого выбора для купирования и профилактики пароксизмов фибрилляции предсердий
- Высокоэффективен при других наджелудочковых аритмиях, синдроме WPW и желудочковой экстрасистолии
- Имеет обширную доказательную базу в России
- Отличается высоким европейским качеством и доступной ценой

* Рекомендации по лечению фибрилляции предсердий ВНОК, ESC, АНА

Подробная информация о препарате на сайте
www.propanorm.ru

PRO.MED.CS
Praha a.s.

Представительство в Москве
Тел./факс: (495) 665 61 03
promedcs@promedcs.ru

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