



# Клуб аритмологов России

информация | образование | общение профессионалов

## Глубокоуважаемые коллеги!

В 2015 году Клубу аритмологов исполнилось пять лет, для нас это очень важное событие. За время первой пятилетки нас стало более 3000 человек, аудитория наших интернет-слушателей выросла в несколько раз и в 2015 году во время VII интернет-конференции превысила 1000 врачей. Необходимо отметить, что мы стали настоящим международным обществом единомышленников, так как интернет-конференции Клуба аритмологов активно смотрят доктора из самых дальних регионов России, Украины, Белоруссии, Казахстана, Германии, Греции, Эстонии и других стран.

Ежегодно под эгидой Клуба аритмологов проводятся масштабные симпозиумы с участием ведущих академиков и профессоров России, наиболее популярными образовательными программами являются интернет-конференции, которые посвящены самым разнообразным вопросам современной аритмологии. Сайт клуба аритмологов **www.arrythmology-club.ru** пользуется большой популярностью среди терапевтов, кардиологов, интервенционных хирургов.

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

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

## СОБЫТИЯ

**22 сентября 2015 г.** в рамках Российского национального конгресса кардиологов, прошедшего в Москве, под эгидой Клуба аритмологов состоялся

симпозиум «Коморбидность — проблема XXI в. Новые возможности в арсенале врача при терапии коморбидных состояний».



## Программа конференции

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

Докладчик назвал сосудистую коморбидность — проблемой нынешнего столетия, обусловленную повсеместным старением населения и повышением эффективности профилактики и лечения острых и хронических заболеваний.

Академик Р.Г.Оганов отметил, что наличие нескольких нозологий у больного приводит к увеличению количества назначаемых ему лекарств, что существенно повышает нагрузку на печень и может привести к повреждению органа, которое в свою очередь усиливает риск

осложнений сердечно-сосудистых заболеваний, образуя порочный круг. Цель симпозиума — определить стратегию лечения в сложных ситуациях, отягощенных наличием коморбидности.

### 2. Атеросклероз — болезнь печени. д.м.н., профессор О.М.Драпкина

Свое выступление профессор О.М.Драпкина начала с цитаты легендарного ученого Р.Хавела: «Атеросклероз — болезнь печени» и в подтверждение привела ряд доказательств. Рассмотреть влияние процессов, происходящих в печени, на состояние сердечно-сосудистой системы О.М.Драпкина предложила на модели неалкогольной жировой болезни печени (НАЖБП). Эволюция заболеваний печени от

нормального состояния, через стеатоз, стеатогепатит, может привести к гепатоцеллюлярной карциноме, фиброзу, циррозу. Однако основной причиной смерти большинства этих больных будут инсульт, инфаркт, нарушение ритма (чаще всего фибрилляция предсердий), сердечная недостаточность.

Оксана Михайловна обратила внимание слушателей на сходство факторов, провоцирующих как НАЖБП, так и заболевания сердечно-сосудистой системы: ожирение, сахарный диабет типа 2, дислипидемия, метаболический синдром и др. Дислипидемия при НАЖБП имеет свои особенности (повышение ТГ, АпоВ-100, мелких плотных ЛПНП, активности печеночной липазы; снижение ЛП высокой плотности — ЛПВП, АпоА-1, активности ЛП-липазы), на каждую из которых врачи имеют возможность медикаментозного воздействия.

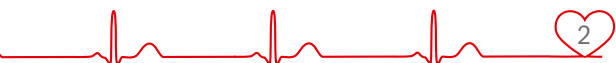
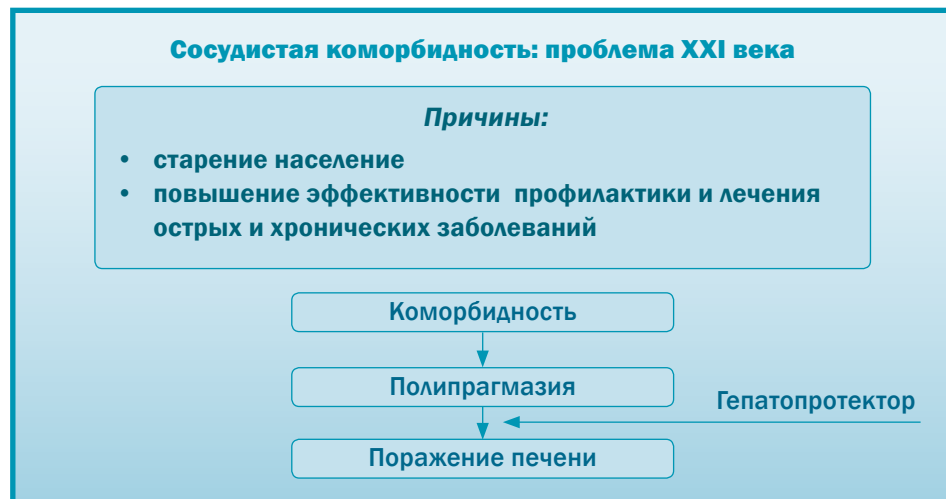
Существуют разные комбинации терапии: статин + фибрат, статин + эзетимиб, статин + никотиновая кислота, статин + омега3 полиненасыщенные жирные кислоты, статин + урсодезоксихолиевая кислота. В каждом конкретном случае применяется определенная комбинация. В заключении О.М.Драпкина сделала следующие выводы:

- 1) печень играет центральную роль в метаболизме холестерина и липопротеидов;
- 2) в печени располагаются ЛПНП-рецепторы;
- 3) в печени расположены основные мишени лечения атеросклероза (ГМГ-КоА-редуктаза, PCSK9);
- 4) при НАЖБП повышен уровень ХС, ЛПНП и отмечаются качественные изменения ЛПОНП, ЛПНП и ЛПВП.

### 3. Неотложная терапия пароксизмальных тахикардий — д.м.н., профессор Бунин Ю.А.

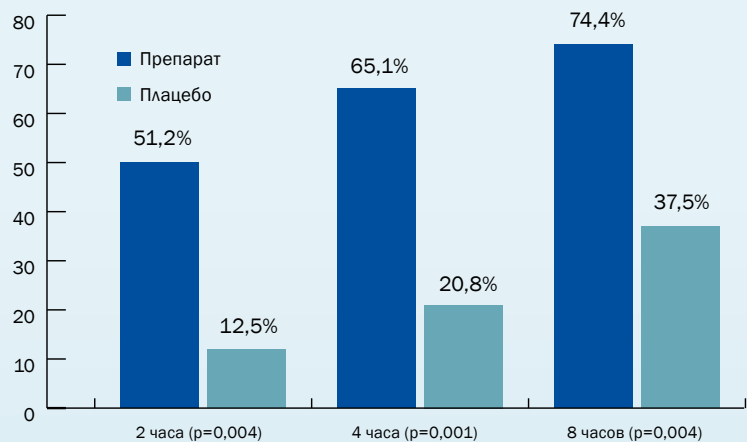
Первую часть доклада профессор Ю.А.Бунин посвятил общим принципам неотложной терапии аритмий, которые выстроены с учетом ряда факторов, в том числе и наличия коморбидности. По словам докладчика, этот термин не является чем-то новым для российских медиков: уже более 30 лет назначение медикаментозного лечения проводится с учетом сочетанной патологии.

Наиболее эффективными препаратами для купирования ФП — являются пропафенон и незарегистрированный в России флекаинид. Амиодарон нецелесообразно использовать для быстрой кардиоверсии ФП (исключение — хроническая сердечная недостаточность и острый коронарный синдром),



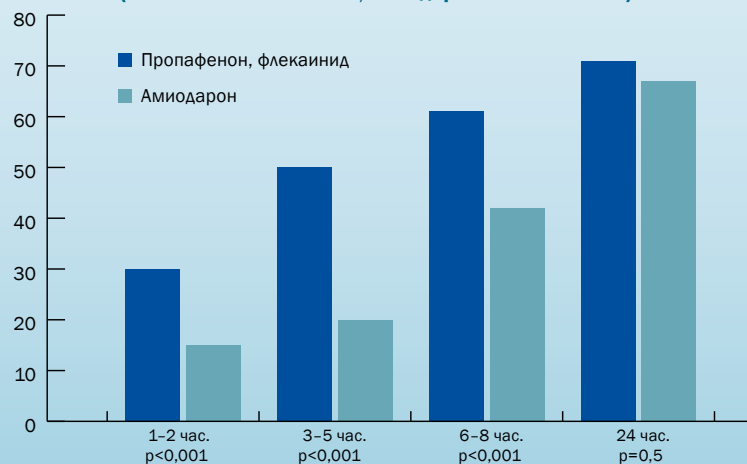
### Купирование фибрилляций предсердий пропафеном и флекаинидом

Эффективность однократного перорального приема 600 мг пропафенона при купировании пароксизмальной ФП (N=50). Пропанорм (PRO.MED.CS Praha)



Bunin Yu., Anfalova L., Europace. 2005; 1

Эффективность антиаритмиков IC класса (70% – пропафенон; 30% – флекаинид) и амиодарона в купировании ФП (метаанализ 9 исследований) (IC класс – 526 больных; амиодарон – 281 больной)



Chevalier P. et al. Jacc.2003;41:255-262

так как эффект при внутривенном введении наступает только через несколько часов. Пропафенон и флекаинид помимо внутривенного введения можно применять перорально: пропафенон (450–600 мг), флекаинид (200–300 мг). Так называемая стратегия «таблетка в кармане», или, как заметил Юрий Андреевич, предложенный отечественный аналог «таблетка в кошельке» – очень удобный и функциональный вариант.

Вторая часть доклада была посвящена лекарственной терапии при разных формах нарушения сердечного ритма. Ю.А.Бунин отметил расширение показаний в новых рекомендациях ESC для антиаритмиков IC-класса, назвав его Ренессансом, эпохой Возрождения данной группы препаратов. Показаниями к их применению являются ЖТ (идиопатические, каналопатии); нарушения функции синусового узла (синдром брадикардии-тахикардии). Комментируя рекомендации ESC 2012 по купированию ФП, Ю.А.Бунин отметил, что применение инъекционного новокаинамида с появлением инъекционной формы пропафенона сойдет практически на нет, поскольку пропафенон значительно эффективнее, чем новокаинамид и не имеет свойственных новокаинамиду нежелательных эффектов.

**4. Купирование и профилактика аритмий с учетом коморбидной патологии. Инъекционный пропанорм — новый препарат на Российском рынке. — д.м.н., профессор Миллер Ольга Николаевна.**

На конкретных клинических примерах Ольга Николаевна продемонстрировала типичные ошибки, возникающие в повседневной практике при выборе антиаритмического препарата. При разборе истории болезни пациента, страдающего АГ, алкогольным стеатозом и персистирующей формой ФП и получающего в качестве антиаритмической терапии амиодарон, профессор Миллер О.Н. привела новейшие данные, подтверждавшие гепатотоксичность этого препарата. В 2015 году были опубликованы результаты исследования, в котором амиодарон был признан единственным значительным фактором риска развития злокачественных новообразований печени и внутрипеченочных желчных протоков.

Сложность выбора ААП может возникнуть у врачей в случае возникновения пароксизма ФП у пациентов с тиреотоксикозом, так как пациенты, зная о заболевании щитовидной железы, отказываются от применения амиодарона. Однако в этом случае купировать ФП можно и нужно амиодароном, если есть

**2015 год: целью данного исследования было определить связь между использованием антиаритмических препаратов и риском развития злокачественных новообразований печени и внутрипеченочных желчных протоков (ЗНПВЖП)**

**9 944** пациента с историей лечения аритмии, у которых впервые диагностирована ЗНПВЖП с 2005–2010 г



**19 497** пациентов с историей лечения аритмий в тот же период, но у которых не было ЗНПВЖП

Исследовано 5 антиаритмических препаратов: пропafenон, мексилетин, хинидин, амиодарон, прокаинамид

Результаты настоящего исследования показали, что амиодарон может вызывать развитие ЗНПВЖП, особенно у пациентов с сопутствующими заболеваниями

- Амиодарон был признан единственным значительным ФР развития ЗНПВЖП среди всех вышеупомянутых ААП
- В более ранних анализах данных FDA отмечено, что лечение амиодароном вызывало развитие рака легких, щитовидной железы и кожи
- В данном исследовании было впервые сообщено о прямой связи между применением амиодарона и ЗНПВЖП

**Что касается профилактики тахикардий, то Пропанорм® используется...**



- Фибрилляция предсердий
- 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 Алапинин

показания. Вторым, рекомендованным в такой ситуации препаратом, присутствующим на российском фармацевтическом рынке, является пропafenон. В настоящее время он используется только как стратегия «таблетки в кармане», но к декабрю ожидается выход инъекционной формы препарата.

Решая вопрос о выборе препарата для сохранения синусового ритма, О.Н.Миллер подчеркнула, что следует обратить внимание на то, что хотя амиодарон более эффективен в поддержании синусового ритма, чем соталол, пропafenон, флекаинид или дронедазон, однако, учитывая токсический профиль, его следует использовать в случаях, когда другие антиаритмические препараты неэффективны или противопоказаны.

**5. Медикаментозная профилактика аритмий сердца: вопросы эффективности и безопасности, коморбидность — профессор Дощицин Владимир Леонидович.**

Профессор Дощицин В.Л. уделит внимание вопросу о возможности назначения пропafenона лицам с ИБС, на который американские рекомендации дают отрицательный ответ. Однако существующее утверждение, что ААП I класса рекомендуются больным без выраженных органических изменений сердца, подразумевает применение этих препаратов в случае отсутствия таких изменений: сердечная недостаточность IV функционального класса, ФВ левого желудочка менее 40%, острые

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

**Что такое выраженные органические изменения сердца?**

1. СН III ст., IV ФК, фракция выброса ЛЖ менее 40%
2. Острые формы ИБС, перенесенный инфаркт, стенокардия III–IV ФК, АКШ
3. Гипертрофия ЛЖ 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



## Всероссийское научное общество кардиологов

### Исследование ПРОСТОР

**Эффективность и безопасность применения пропafenона (ПРОпанорма®) у больных пароксизмальной и/или персистирующей формами фибрилляции предсердий и хронической Сердечной недостаточностью с соХраненной систолической функцией левого желудочка**

Руководители исследовательских групп: Миллер О.Н. (Новосибирск), Поздняков Ю.М. (Московская обл.), Дощицин В.Л. (Москва), Белялов Ф.И. (Иркутск), Якушин С.С. (Рязань), Волкова Э.Г. (Челябинск), Мазалов К.В. (Нижний Новгород)

### Выводы по результатам исследования ПРОСТОР

1. Пропанорм®, как ААП IC класса, не ухудшает показатели гемодинамики у пациентов АГ, ИБС, ХСН с сохраненной систолической функцией
2. Антиаритмическая эффективность Пропанорма® через 12 месяцев составляет 54,2% и не уступает таковой при применении Кордарона® (52,9%)
3. При отсутствии постинфарктной кардиопатии с ФВ < 40%, Пропанорм® может быть использован в качестве ААП, при необходимости в сочетании с БАБ
4. Пропанорм® более безопасен по сравнению с Кордароном® в отношении нежелательных явлений (2% против 31,6%)

формы ИБС, перенесенный инфаркт, стенокардия напряжения III–IV функционального класса, аортокоронарное шунтирование, гипертрофия левого желудочка более 1,4 см.

АГ, хронические формы ИБС, пороки сердца и т.д. не являются противопоказанием к назначению этих средств, если не приводят к указанным изменениям. Подтверждение сказанному — результаты

отечественного исследования ПРОСТОР — «Эффективность и безопасность применения пропafenона (ПРОпанорма) у лиц с пароксизмальной и/или персистирующей формами фибрилляции предсердий и хронической Сердечной недостаточностью с соХраненной систолической функцией левого желудочка».

В заключении В.Л.Дощицин рассказал об альтернативных ме-

тодах лечения аритмий. Так, например, по его словам, довольно интенсивно в настоящее время используется методика аблации предсердий. Целью всех антиарит-

мических методов являются уменьшение симптомов аритмии, улучшение качества жизни, устранение гемодинамических нарушений, улучшение прогноза.

**25 ноября 2015 года** состоялась Восьмая интернет-конференция Клуба аритмологов России, которая была посвящена вопросам современных методов лечения фибрилляции предсердий и наджелудочковых нарушений сердечного ритма.

### Программа конференции

1. *Организация неотложной аритмологической помощи в РФ. Работа Клуба Аритмологов России — Президент Клуба аритмологов, Президент Национального научного общества профилактической кардиологии, д.м.н, профессор Поздняков Ю.М.*

Профессор Ю.М.Поздняков отметил, что ежегодно в России от внезапной смерти погибают 250–300 тысяч человек, из которых 75% имеют аритмогенную смерть. Основной проблемой лечения аритмий в России является отсутствие единой аритмологической службы. В своем докладе Юрий Михайлович обозначил основные проблемы

### Новые технологии в диагностике и лечении аритмий

#### Инновационные методы регистрации преходящих расстройств сердечного ритма

- Многосуточное мониторирование ЭКГ.
- Запись фрагментарной ЭКГ на универсальный миниатюрный регистратор CardioClip с последующей передачей по оптическому кабелю на персональный компьютер.
- Миниатюрный одноканальный регистратор ЭКГ Merlin в виде наручных часов. Пациент имеет возможность в течение нескольких недель активировать регистратор при любых нарушениях сердечной деятельности.
- Система регистрации ЭКГ по телефону

### Интернет-конференция КА

	I	II	III	IV	V	VI	VII
Дата	05.12.12	20.02.13	06.06.13	19.11.13	29.04.14		
Интернет-сайт	www.club-aritmolog.ru www.arrhythmology-club.ru						
Кол-во участников	400	629	657	690	786	790	1050
Кол-во стран	16	20	21	22	15	20	21
Страны-лидеры по СНГ	Россия, Украина, Беларусь, Казахстан						
Страны-лидеры по числу участников	Германия, Греция, Эстония						
Кол-во городов	193	215	217	219	189	201	214
Интерактивность	+	+	+	+	+	+	+

неотложной аритмологической помощи и рассказал о новых технологиях в диагностике и лечении аритмий.

Во второй части выступления Юрий Михайлович проанализировал работу Клуба аритмологов за прошедший пятилетний период: с

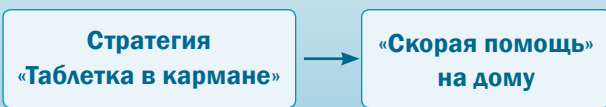
2010 по 2015 год под эгидой Клуба аритмологов проведено 8 интернет-конференций, множество научных симпозиумов и конференций, активно работает сайт, издано 4 выпуска бюллетеня Клуба аритмологов.

В заключении профессор Поздняков Ю.М. поделился опытом

### Школа для больных с ФП организована в 2005 г и функционирует на базе МОКЦ при поддержке «PRO.MED.CS Praha a.s.»

Для лечения и профилактики пароксизмов ФП используется антиаритмический препарат класса 1С ПРОПАНОРМ

- С профилактической целью — 450 мг в сутки (1 таб. х 3 р.)
- При пароксизме ФП — 600 мг однократно



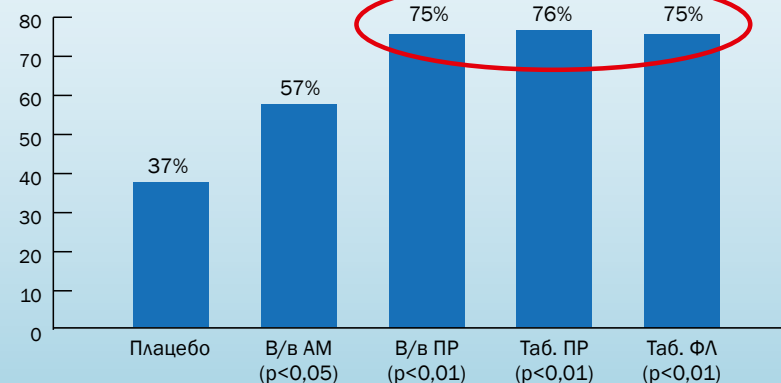
организации школы для аритмологических больных и отметил, что за 5 лет работы школы отмечено уменьшение частоты осложнений, снижение частоты госпитализаций больных, значительное улучшение качества жизни и уменьшение количества приступов нарушений сердечного ритма, что напрямую связано с обучением пациентов правильно применять антиаритмическую терапию.

### 2. Рекомендации экспертов, доказательная база и реальная клиническая практика в купировании пароксизмов наджелудочковых тахиаритмий — Д.М.Н., профессор Миллер Ольга Николаевна.

Профессор Миллер О.Н. подробно рассказала об алгоритме купирования приступов наджелудочковых тахиаритмий с учетом электрофизиологических особенностей каждого нарушения ритма. Докладчик отметила некоторые особенности купирования наджелудочковых тахикардий при синдроме WPW: при широком комплексе QRS показано назначение препаратов IC или III классов, при этом следует избегать назначения Верапамила, Дигоксина, Лидокаина и бета-блокаторов.

Вторая часть выступления Ольги Николаевны была посвящена вопросам антиаритмической терапии при лечении ФП. Согласно послед-

### Эффективность амиодарона, флекаинида и пропafenона в купировании ФП в течение ≤ 8 часов



A.Sestito, E. Molina Eur Rev Med Pharmacol Sci 2012;16:242-253

### Таким образом...

- Пропафенон (Пропанорм®) – ААП IC класса с небольшим β-блокирующим эффектом, имеет огромную доказательную базу по использованию у пациентов с различными НСР
- Показывает не только высокую эффективность при купировании тахиаритмий, но и безопасность, особенно, у коморбидных пациентов
- Может применяться на догоспитальном и стационарном этапах



В декабре 2015 года на фармацевтическом рынке РФ появится инъекционный пропафенон (ПРОПАНОРМ®), который займет достойное место в ряду других ААП и будет с успехом использоваться как на этапе СМП, так и в отделениях клиник

ним рекомендациям препаратами выбора для купирования пароксизмов ФП являются пропафенон, флекаинид и амиодарон. Несмотря на сопоставимую эффективность этих препаратов, восстановление синусового ритма при назначении пропафенона наступает гораздо быстрее, чем при использовании амиодарона. Ольга Николаевна отметила, что в декабре 2015 года на фармацевтическом рынке РФ появится инъекционный пропафенон (ПРОПАНОРМ®), который займет достойное место в ряду других ААП и будет с успехом использоваться как на этапе СМП, так и в отделениях клиник.

В заключении профессор Миллер рассказала об основных фармакологических эффектах пропафе-

нона и подчеркнула, что препарат можно назначать для профилактики пароксизмов наджелудочковых тахикардий и фибрилляции предсердий широкому кругу пациентов, в том числе для лечения аритмий у беременных и после проведения процедуры РЧА. Пропафенон имеет лучший профиль безопасности при сравнении с антиаритмическими препаратами III класса.

### 3. Школа для пациентов с фибрилляцией предсердий — эффективный метод повышения качества лечения — к. м. н., КДЦ № 6, Сыров Андрей Валентинович.

Андрей Валентинович представил результаты собственного эпидемиологического исследования по

### Результаты опроса

Проведенный опрос показал крайне низкое качество лечения пациентов с ФП и отсутствие необходимой информации о болезни у пациентов.

#### Результаты

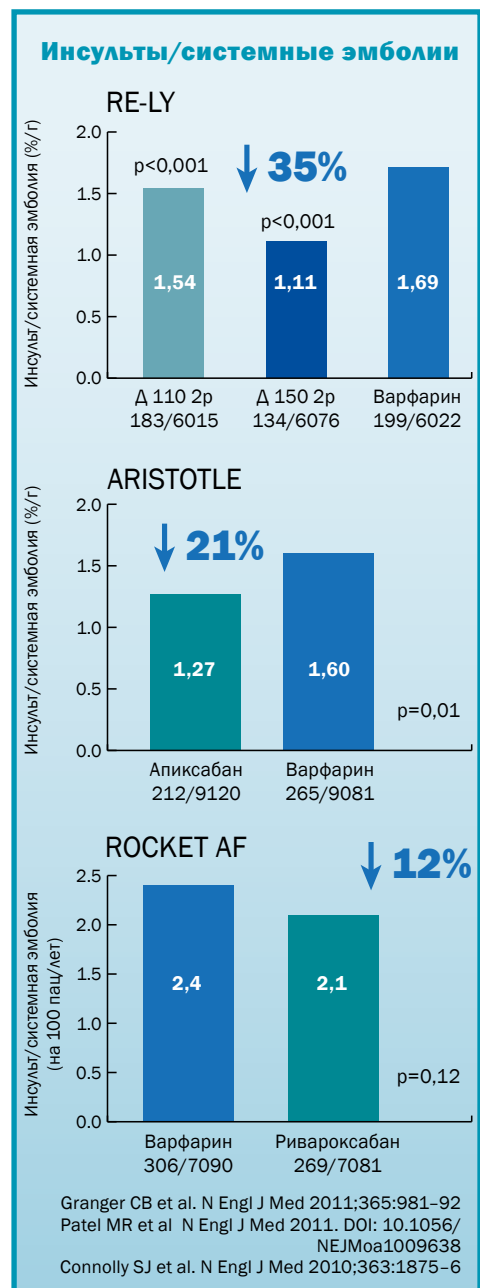
1. Начали принимать антикоагулянты 95% пациентов.
2. Число пациентов принимающий варфарин увеличилось с 40 до 80%.
3. Число пациентов принимающий НОАК увеличилось с 5 до 15%.
4. 2,5 % стали принимать двойную антитромбоцитарную терапию: аспирин + клопидогрель.
5. Только 2,5% пациентов продолжили прием аспирина.
6. 6. 9 пациента из 10 стали регулярно контролировать МНО включая ведение дневника контроля МНО.
7. У пациентов регулярно контролируемых МНО целевой уровень МНО стал достигаться в 70% случаев.
8. Пациенты информированы о взаимодействии варфарина с лекарственными препаратами и продуктами питания.
9. Пациенты информированы, как заменить варфарин на НОАК.
10. Все пациенты информированы о возможности самостоятельного купирования пароксизма ФП пропафеноном.
11. Все пациенты получили индивидуальные рекомендации по возможности самостоятельного купирования ФП.
12. На основании полученных письменных рекомендаций 3 пациента из 5 стали применять пропанорм для купирования ФП и перестали вызывать СМП.

лечению пациентов с ФП. Докладчик отметил, что при проведении опроса 50 больных, длительное время страдающих персистирующей формой ФП, большинство пациентов были крайне плохо информированы о необходимости приема антикоагулянтной терапии, не знали о возможностях самостоятельного купирования пароксизмов аритмии.

Для повышения качества лечения больных с ФП доктор Сыров А.В.

предложил посещать пациентам школу по ФП. Андрей Валентинович рассказал о цели проведения школы для пациентов с ФП, продемонстрировал план занятий и привел результаты повторного опроса пациентов после посещения школы.

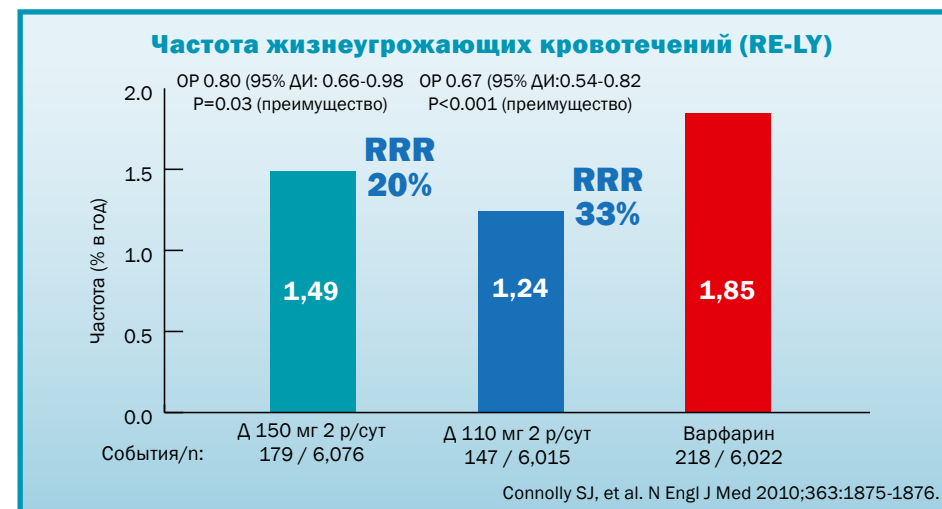
В заключение своего доклада доктор Сыров А.В. отметил, что создание школы для пациентов с ФП позволяет значительно улучшить качество лечения аритмий.



#### 4. Выбор НПОАК у пациента высоко-го сердечно-сосудистого риска с неклапанной ФП — профессор Миллер О.Н.

Профессор Миллер О.Н. на наглядном клиническом примере провела анализ факторов риска тромбоземболических осложнений пожилой пациентки, страдающей ФП. Ольга Николаевна рассказала, что для принятия решения о необходимости назначать больному антикоагулянтную терапию врач должен использовать шкалу риска тромбоземболий — CHA2DS2-VASc и шкалу риска кровотечений.

Среди новых оральных антикоагулянтов одним из наиболее эффективных и безопасных препаратов является дабигатран (Прадакса.) Профессор Миллер О.Н. доложила результаты исследования RE-LY, которое показало, что Прадакса — единственный НОАК, который превзошел варфарин по снижению риска ишемического инсульта. Это важный показатель, поскольку 9 из 10 инсультов, развившихся при ФП — ишемические. Кроме того, Прадакса — единственный НОАК, продемонстрировавший достоверное снижение сердечно-сосудистой смертности. В исследовании RE-LY и исследованиях реальной клинической практики было показано отсутствие влияния дабигатрана на развитие инфаркта миокарда. Частота побочных эффектов при приеме дабигатрана достоверно ниже, чем при



### Дрезденский регистр: конечные точки — 12 месяцев наблюдения

События	Ривароксабан (n=967)	Дабигатран (n=303)
Макроваскулярные события (инсульт, ОКС, ИИ, ВИЭ)	6,2 на 100 пациенто/лет	5,8 на 100 пациенто/л
Смертность	3,1 на 100 пациенто/лет	1,3 на 100 пациенто/л
Разные кровотечения	66,4 на 100 пациенто/лет	54,5 на 100 пациенто/л
Большие кровотечения	2,2 на 100 пациенто/лет	3,2 на 100 пациенто/л

**Данные «Реальной Клинической Практики» показали снижение ИИ и смертности среди пациентов принимавших дабигатрана этексилат**

J. Beyer-Westendorf, F. Ebertz, V. Gelbricht, K. Foerster, L. Tittl, S. Werth, C. Koehler. University Hospital «Carl Gustav Carus» Dresden, Center for Vascular Medicine, Dresden, Germany

назначении варфарина. Эффективность и безопасность дабигатрана не зависит от наличия сахарного диабета.

Во второй части выступления Ольга Николаевна сформулировала показания для назначения антико-

агулянтной терапии при остром коронарном синдроме у пациентов с ФП. Обсудила необходимость и безопасность приема антикоагулянтов при высоком риске кровотечений.

В заключении профессор Миллер О.Н. отметила, что у пациентов



с более высокой заболеваемостью, в том числе у пациентов с высоким риском инсульта или кровотечения, была отмечена большая приверженность к дабигатрану и значительно более низкая частота прекращения приема НПОАК, чем Варфарина.

**5. Влияет ли выбор стратегии лечения на эволюцию клинического течения фибрилляции предсердий? — доцент Тарзиманова А.И.**

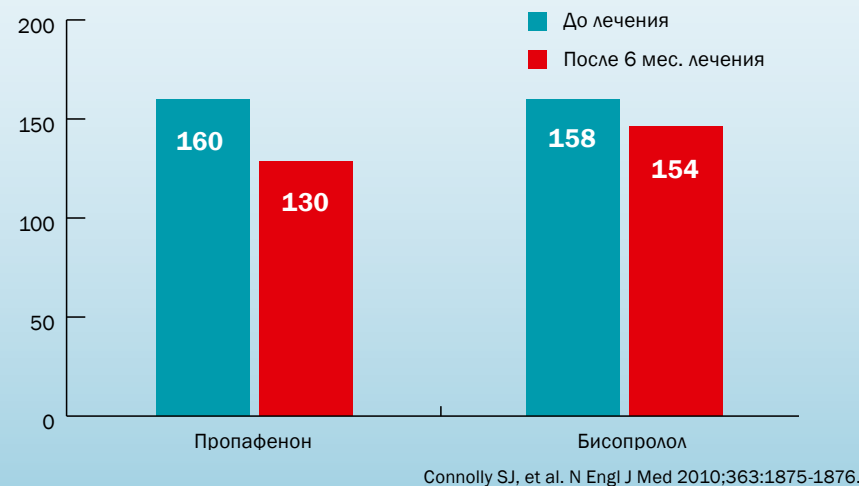
Аида Ильгизовна в своем выступлении рассказала о эволюции клинического течения ФП при длительном проспективном наблюдении за пациентами. Докладчик отметила, что основными факторами риска прогрессирования аритмии являются: возраст, ХСН, артериальная гипертензия и выбор тактики контроля ЧЖС. Доцент Тарзиманова А.И. рассказала о достоинствах и

недостатках каждой стратегии лечения ФП, сформулировала алгоритм выбора тактики ведения пациентов с персистирующей формой ФП.

Вторая часть выступления Аиды Ильгизовны была посвящена обзору основных регистров по выбору тактики лечения ФП. Согласно результатам последних международных исследований, маятник клинических предпочтений склонился в сторону выбора тактики контроля ритма с назначением антиаритмических препаратов.

В заключение доцент Тарзиманова А.И. привела данные собственного исследования по изменению концентрации мозгового и предсердного натрийуретических пептидов у больных АГ с персистирующей формой ФП при лечении пропafenоном (Пропанормом) в сравнении с терапией бисопрололом (Конко-

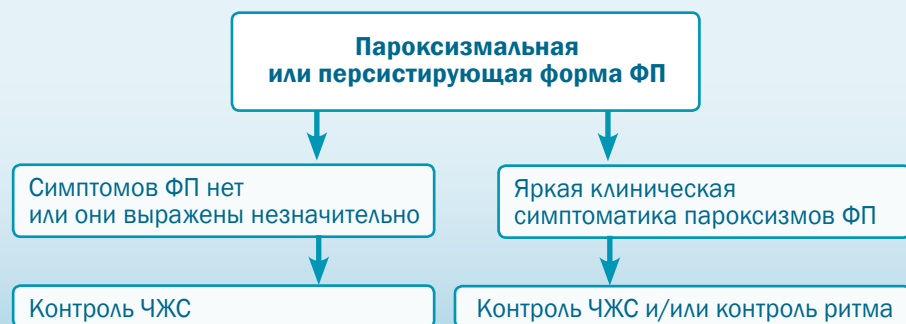
**Изменение значений мозгового натрийуретического пептида у пациентов I и II группы до и после лечения**



**Выводы**

1. У больных АГ с персистирующей формой ФП удержание синусового ритма на протяжении 6 месяцев лечения пропafenоном в суточной дозе 450 мг способствовало достоверному и значимому улучшению показателей диастолической функции миокарда ЛЖ, уменьшению размера и восстановлению сократительной функции ЛП.
2. Через 6 месяцев удержания синусового ритма при лечении пропafenоном обнаружено достоверное и значимое уменьшение концентрации мозгового и предсердного натрийуретических пептидов

**Основные принципы профилактики рецидивов ФП**



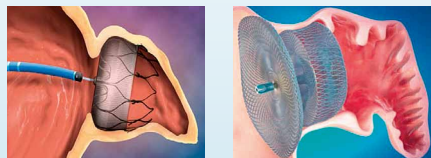
Адаптировано ACC/AHA/ESC guidelines for the management of patients with atrial fibrillation. Eur Heart J 2012

ром). Автор отметила, что терапия пропafenоном способствовала достоверному улучшению показателей диастолической функции миокарда, уменьшению размера левого предсердия и уменьшению концентрации натрийуретических пептидов.

**6. Каким пациентам с ФП может быть рекомендовано эндоваскулярное закрытие ушка ЛП для предотвращения тромбоэмболических осложнений — Книгин А.В.**

Алексей Владимирович в своем докладе сформулировал основ-

### Имплантация окклюдера УАП



Снижение риска эмболического инсульта путем изоляции ушка левого предсердия – основного источника тромбообразования у пациентов с ФП

#### Показания к имплантации окклюдера ушка левого предсердия

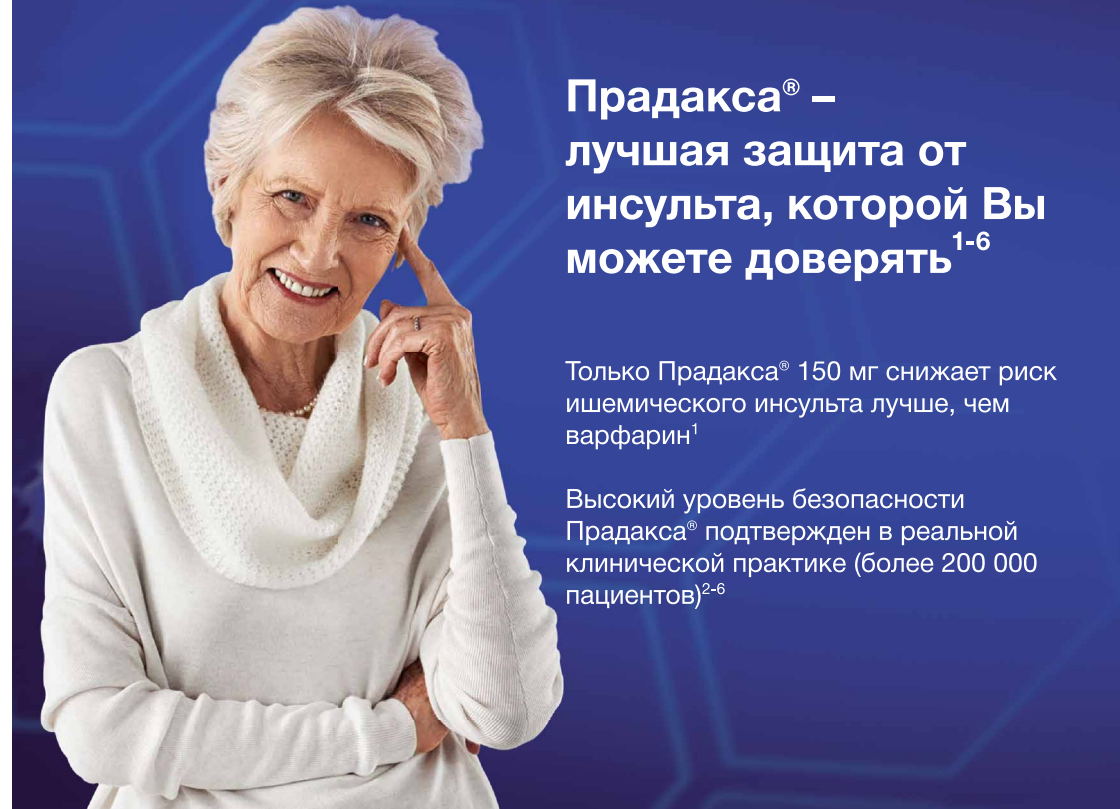
- Риск ТЭ по шкале CHA2DS2-VASc  $\geq 2$  баллов;
- Риск геморрагических осложнений по шкале HAS-BLED более 3 баллов;
- Состоявшееся кровотечение на фоне приема антикоагулянтов;
- Непереносимость или токсические эффекты варфарина;
- Деменция, социально-экономические факторы, препятствующие возможности частого лабораторного контроля МНО, приему НОАК
- Отказ пациента от приема антикоагулянтов, низкая приверженность лечению.

ные показания и противопоказания для проведения антикоагулянтной терапии у пациентов ФП. Докладчик отметил, что даже после проведения успешной процедуры РЧА риск развития тромбоемболий у пациентов остается высоким. Одним из современных способов немедикаментозной профилактики инсульта у больных ФП является имплантация окклюдера ушка ЛП.

Доктор Книгин А.В. подробно рассказал о показаниях и противопоказаниях, привел несколько клинических примеров, демонстрирующих необходимость проведения имплантации окклюдера ушка ЛП.

Во второй части выступления Алексей Владимирович рассказал о методике имплантации окклюдера, подготовке больного к проведению процедуры. Наиболее эффективным и современным является окклюдер Watchman. Результаты исследования Protect-AF доказывают высокую эффективность окклюдера Watchman в профилактике инсульта и системных эмболий у пациентов ФП и его безопасность.

В заключении Алексей Владимирович отметил, что окклюдер Watchman в мае 2012 года был зарегистрирован в России, начата его имплантация в 12 клиниках.



## Прадакса® – лучшая защита от инсульта, которой Вы можете доверять<sup>1-6</sup>

Только Прадакса® 150 мг снижает риск ишемического инсульта лучше, чем варфарин<sup>1</sup>

Высокий уровень безопасности Прадакса® подтвержден в реальной клинической практике (более 200 000 пациентов)<sup>2-6</sup>

### «Я хочу быть активной и не зависеть в помощи других людей»

**Литература:**  
1. Connolly SJ et al. N Engl J Med 2009;361:1199-1211; Connolly SJ et al. N Engl J Med 2010;363:1875-1876. 2. Graham DJ et al. Circulation 2014;130:1161/CI.114.012061. 3. Steger JD et al. Presented at AHA 2014; Villines TC et al. Presented at AHA 2014. 4. Larsen TB et al. Am J Med 2014;127:650-656. 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. Eizevittov M. et al. Presentation # 10684 at AHA Scientific sessions; 16-20 Nov 2013; Dallas; available at <http://www.abstractsonline.com/Plan/ViewAbstract.aspx?mID=32818&key=dddc9e-d16b-467b-8a5f-f68a9286458&key=2cd1f570-0c15-4fb3-a538-e0bb2ef68130>

#### Краткая инструкция по применению лекарственного препарата для медицинского применения Прадакса® (Прадакса)<sup>®</sup>

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 тромбоемболий у больных после ортопедических операций; профилактика инсульта, системных тромбоемболий и снижение сердечно-сосудистой смертности у пациентов с фибрилляцией предсердий; лечение острого тромбоза глубоких вен (ТГВ) и/или тромбоза 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; поражение 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 изъязвления 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 варикозно расширенные вены пищевода, врожденное артериовенозные дефекты, сосудистые аневризмы или большие внутрибрюшные или внутрибрюшные сосудистые нарушения; одновременное назначение

любых других антикоагулянтов, в том числе нефракционированного гепарина, низкомолекулярных гепаринов (НМГ) (энноксапарин, далтепарин и др.), производных гепарина (фондапаринукс и др.), пероральных антикоагулянтов (варфарин, ривароксабан, аписабан 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 меклоказола для системного применения, циклоспорина, итраконазола, такролимуса 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 независимо от времени приема пищи, запивая стаканом воды для облегчения прохождения препарата в желудок. Не следует вскрывать капсулу. Особые указания при приеме капсул из блистера: выньте капсулу из блистера, отслаивая фольгу, не вываливайте капсулы через фольгу; удалите фольгу настолько, чтобы удобно вынуть капсулы. Побочные эффекты. Побочные эффекты, выявленные при применении препарата: с целью профилактики ВТЭ после ортопедических операций; для профилактики инсульта и системных тромбоемболий у пациентов с фибрилляцией предсердий; для лечения острого тромбоза глубоких вен (ТГВ) и/или тромбоза легочной артерии (ТЭЛА) и профилактики смертельных исходов, вызываемых этими заболеваниями; для профилактики рецидивирующего тромбоза глубоких вен (ТГВ) и/или тромбоемболии легочной артерии (ТЭЛА) и смертельных исходов этих заболеваний. 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, урогенитальные кровотечения, гематурия. *Перечень всех побочных эффектов представлен в инструкции по медицинскому применению. Особые указания.* Риск развития кровотечений. Применение препарата ПРАДАКСА, так же как и других антикоагулянтов, рекомендуется с осторожностью при состоянии, характеризующихся повышенным риском кровотечений. Во время тера или препаратом ПРАДАКСА возможно развитие кровотечений различной локализации. Снижение концентрации гемоглобина и/или гематокрита в крови, сопровождающаяся снижением АД, является основанием для поиска источника кровотечения. Лечение препаратом ПРАДАКСА не требует контроля антикоагулянтной активности. Тест для определения МНО применяться не должен, поскольку эти данные о ложном завышении уровня МНО. Для выявления чрезмерной антикоагулянтной активности дабигатрана следует 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 границы нормы 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<sup>®</sup>

RU/PRA-151454-08.2015

# 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 ВНОК, ESC, ACC, 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)

PRO.MED.CS  
Praha a.s.

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