



# Клуб аритмологов России

информация | образование | общение профессионалов

## Глубокоуважаемые коллеги!

Вот уже 5 лет в нашей стране активно работает Клуб аритмологов России, основной целью которого является снижение заболеваемости и риска осложнений у больных с нарушениями сердечного ритма и проводимости, а также повышение качества их жизни и трудоспособности.

За это время под эгидой нашего Клуба было проведено 7 интернет-конференций, объединивших более 2000 врачей, интересующихся проблемами лечения аритмии. Темы наших конференций самые разнообразные: антиаритмические препараты в лечении различных нарушений сердечного ритма, методы хирургического лечения аритмий, тактика ведения пациентов с нарушениями проводимости, антикоагулянтная терапия в практике врача-кардиолога, лечение аритмий во время беременности и многие другие актуальные вопросы современной кардиологии.

Аудитория наших слушателей распространилась далеко за пределы России, и мы с гордостью можем сказать, что наше медицинское аритмологическое общество объединяет специалистов из 22 стран мира. У Клуба аритмологов есть свой сайт **www.arrhythmology-club.ru**, который пользуется большой популярностью среди врачей.

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

## СОБЫТИЯ

В первом полугодии 2015 года под эгидой Клуба аритмологов России были проведены VII интернет-конференция и симпозиум в рамках IV Московского международного Форума кардиологов и терапевтов.

03 июня 2015 года состоялась VII интернет-конференция Клуба аритмологов России, которая была посвящена аспектам диагностики и лечения фибрилляции предсердий и наджелудочковых нарушений сердечного ритма.



## Программа конференции

### 1. Проблема аритмий в России. Работа Клуба аритмологов — Президент Клуба аритмологов, Президент Национального общества профилактической кардиологии, д.м.н, профессор Поздняков Ю. М.

В своем докладе Юрий Михайлович отметил, что проблема лечения аритмий остается одной из наиболее актуальных задач современной кардиологии. К наиболее важным факторам, определяющим значимость аритмии можно отнести: характер нарушения ритма, морфологические изменения сердца и нарушения гемодинамики. Профессор Поздняков Ю.М. рассказал о проблемах диагностики аритмий, предложил алгоритм обследования пациентов для уточнения характера нарушений сердечного ритма.

Во второй части выступления Юрий Михайлович поделился опытом организации школы для аритмологических больных. В школе обучаются пациенты с фибрилляцией предсердий, длительность обучения составляет 6 занятий по 60 минут. После посещения школы пациенты отмечают значительное улучшение качества жизни, уменьшение количества приступов ФП и числа госпитализаций. Юрий Михайлович отметил высокую эффективность работы школы за 5 лет.

В заключение своего выступления профессор Поздняков Ю.М. подробно обсудил наиболее значимые исследования по оценке эффективности антиаритмической терапии за последние годы. В Российском исследовании «ПРОСТОР»

### Алгоритм функциональных исследований для уточнения аритмии



### Школа для аритмологических больных (фибрилляция предсердий)

#### Показатели эффективности работы Школы за 5 лет

- Самочувствие пациентов (количество приступов аритмии) ↓ в 3,5 раз и качество их жизни
- Количество госпитализаций (койко-дней), больничных листов ↓ в 1,9 раза
- Частота вызовов Скорой медицинской помощи ↓ в 1,7 раз
- Количество осложнений ↓ в 2,8 раз
- Коррекция ФР у больных с аритмиями
- Контроль уровня знаний у пациентов, прошедших обучение через 1–2 года

### Пропанорм применяется при широком спектре аритмий



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

было показано, что профилактическая антиаритмическая эффективность препарата IC класса пропранолена при пароксизмальной и/или персистирующей ФП не уступает таковой при использовании антиаритмического препарата III класса амиодарона. В случае проведения длительной профилактической терапии пропанорм без-

опаснее, чем амиодарон, соталол и аллапинин.

**2. Фибрилляция предсердий. Лечение. Новые данные — д.м.н., профессор Миллер Ольга Николаевна.**

Профессор Миллер О.Н. на примере конкретной клинической ситуации продемонстрировала актуальность вопроса выбора анти-

**ПРАДАКСА® – первый и единственный НПОАК с опубликованными данными реальной клинической практики на > 200 000 пациентов**

Программа клинических исследований > 40 000 пациентов

→

Регистрация более, чем в 100 странах мира

→

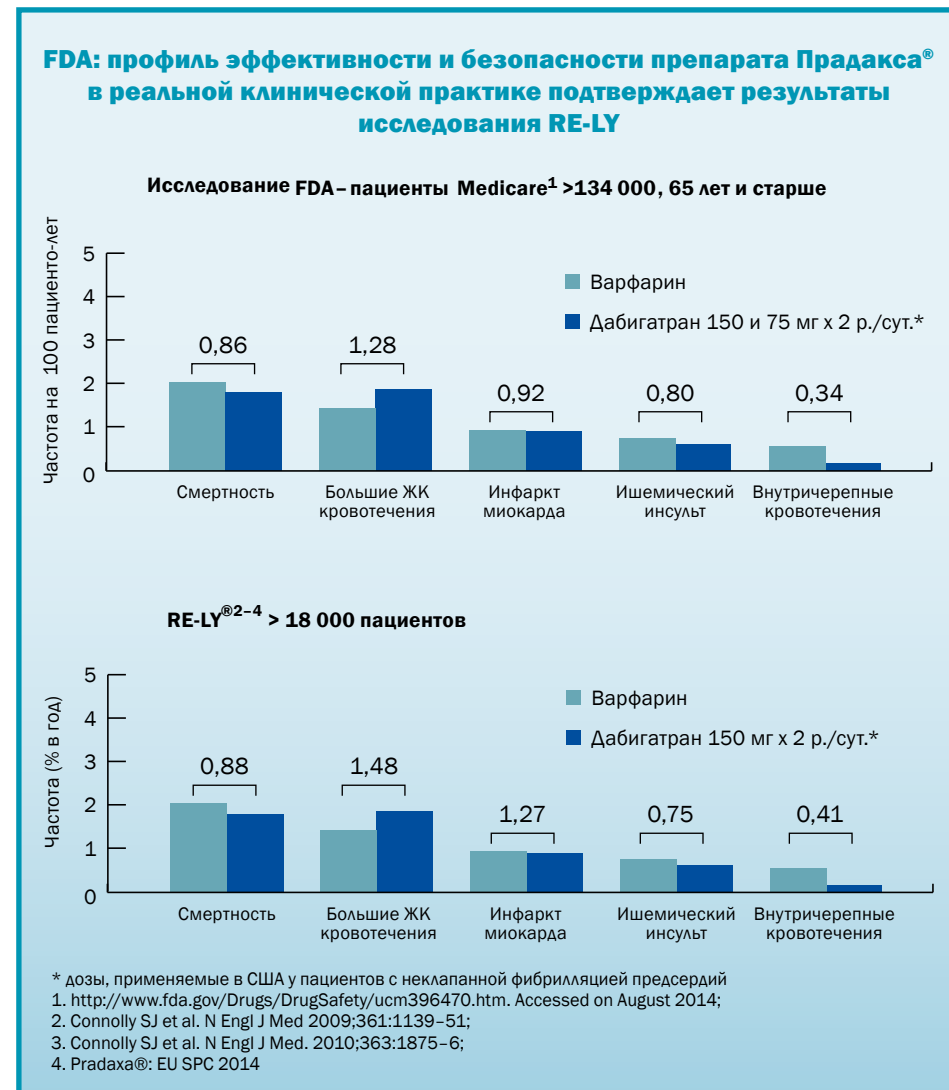
Опубликованы данные реальной клинической практики >200 000 пациентов\*

> 134 000 пациентов независимого исследования FDA в системе Medicare<sup>1</sup>  
 > 38 000 пациентов двух баз данных страховых компаний США<sup>2</sup>  
 > 20 000 пациентов независимых Датских наблюдательных исследований<sup>4,5</sup>

**ПРАДАКСА® – защита, проверенная реальной клинической практикой**

\* пациенты, не получавшие ранее пероральные антикоагулянты, A, Clemens et al; Vascular Health and Risk Management 2013;9 599–615

- Graham DJ et al. Circulation 2014; doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.114.012061;
- Seeger JD et al. Presented at AHA 2014;
- Villines TC et al. Presented at AHA 2014;
- Larsen TB et al. Am J Med 2014;127:650–6.e5. doi: 10.1016/j.amjmed.2014.01.031;
- Larsen TB et al. Am J Med 2014;127:329–36.e4. doi: 10.1016/j.amjmed.2013.12.005; M. Eizekovitz et al Presentaion # 10684 at AHA Scientific sessions; 16-20 Nov 2013; Dallas; available at <http://www.abstractsonline.com/Plan/ViewAbstract.aspx?mID=3281&cKey=dddce9ce-d16b-467b-8a5f-f368a928f645&sKey=c2d1f570-0c15-4fb3-a538-e0b82ef8f310>



коагулянтной терапии при лечении пациентов с ФП. В настоящее время в арсенале врача имеется несколько антикоагулянтов с различными механизмами действия:

варфарин, дабигатран, апиксабан, ривароксабан, но как показывает реальная клиническая практика одним из наиболее эффективных и безопасных препаратов является

дабигатран (Прадакса). Результаты исследования RE-LY показали высокую эффективность дабигатрана (Прадаксы) в профилактике тромбо-эмболических осложнений у широкого круга пациентов с ФП. На сегодняшний день накоплен огромный опыт применения дабигатрана (Прадаксы) в реальной клинической практике, опубликованы результаты наблюдений более 200 000 пациентов. По оценкам FDA профиль

эффективности и безопасности препарата Прадакса подтверждает результаты исследования RE-LY.

Вторая часть выступления Ольги Николаевны была посвящена вопросу выбора антиаритмической терапии при ФП. Докладчик отметила, что получены новые данные о профиле безопасности многих антиаритмических препаратов. Результаты проведенных исследований позволяют говорить о том,

**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

[www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/pmc4295889/](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/pmc4295889/)

**Как перевести пациента на пропafenон (Пропанорм®)?**

- Если пациент принимал по поводу профилактики ФП только β-АБ, то к таковым может быть добавлен любой ААП, в том числе и Пропанорм®
- Пациент получал амиодарон... Нет эффекта или возникли НЯ, то его следует отменить!
- Не забывайте, что T<sup>1/2</sup> около 28–55 дней. Оценивайте ЧСС и интервал QT! Можно увеличить дозу β-АБ на период выведения препарата
- При замене одного ААП на другой (кроме амиодарона) необходимо соблюдение правила: 5 периодов полувыведения, затем следующий препарат, в частности, Пропанорм®

что амиодарон является значимым фактором риска развития злокачественных новообразований печени и внутрипеченочных желчных протоков, обладает выраженной гепатотоксичностью, вызывает нежелательные побочные эффекты со стороны органа зрения, кожи, щитовидной железы.

К наиболее эффективным и безопасным препаратам для лечения ФП можно отнести пропafenон (Пропанорм). Профессор Миллер О.Н. сформулировала показания к назначению пропafenона (Пропанорма) и предложила алгоритм перевода пациента на пропafenон (Пропанорм).

**3. «Таблетка в кармане» или как купировать пароксизм фибрилляции предсердий — к. м. н., КДЦ №6, Сыров Андрей Валентинович.**

Андрей Валентинович в своем докладе сформулировал основные показания для применения тактики лечения ФП «таблетка в кармане», рассказал о преимуществах этой стратегии лечения. На основании большой доказательной базы докладчик показал, что наиболее успешно в лечении ФП применяется прием нагрузочной дозы пропafenона (Пропанорма). В исследовании «ПРОМЕТЕЙ» было доказано, что применение нагрузочной дозы Пропанорма 600 мг восстанавли-

**Пропафенон — единственный препарат в России  
рекомендованный для самостоятельного купирования  
пароксизмов ФП — «таблетка в кармане»**

**Стандартная схема для купирования пароксизма ФП:**

- Первый раз принимать препарат под медицинским контролем.
- Пропафенон 600 мг однократно.
- Пациентам с массой тела меньше 70 кг — 450 мг однократно.

*Guidelines AHA 2014, ESC 2010*

**Первое использование пропафенона**

Пропафенон или флекаинид («таблетка в кармане») может использоваться для купирования ФП вне стационара после оценки безопасности у конкретного пациента.

Рекомендуется добавление пропафенона или флекаинида («таблетка в кармане») к бета-адреноблокаторам или недигидропиридиновым антагонистам кальция с целью купирования ФП у пациентов в амбулаторных условиях.

*Guidelines AHA 2014*

**Мнение специалистов\*:**

**При первом приеме в домашних условиях возможна схемы:**

- Пропафенон (Пропанорм®) 300 мг, затем через час еще 300 мг.
- Пропафенон (Пропанорм®) 150 мг, затем через час 300 мг, затем через 2–3 часа еще 150 мг.

\* Данные схемы приема препаратов не входят в действующие рекомендации

**Рекомендации для пациентов при самостоятельном  
купировании пароксизма ФП**

1. Не использовать пропафенон при низком пульсе (< 70 в 1 мин) и низком АД (<110/70 мм рт ст).
2. Лежать в течении 4 часов после приема Пропанорма®.
3. Если в течении 6 часов после приема препарата правильный ритм не восстановился, необходимо обратиться к врачу.

*Сыров А.В., Кондратенко Д.С., Агапкин И.Ю. Земский врач. №4, 2012, с. 21–24*

вало синусовый ритм более чем у 84% больных, при этом время восстановления синусового ритма составляло 220±60 минут. При этом отмечена высокая безопасность использования нагрузочной дозы Пропанорма.

Доктор Сыров А.В. привел основные схемы по использованию препарата пропафенон для купирования пароксизма ФП.

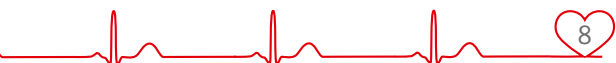
Подробно были представлены аспекты применения пропафенона в амбулаторных условиях и при первом использовании, автор дал рекомендации о применении нагрузочной дозы пропафенона для купирования пароксизма ФП.

Отмечена высокая фармако-экономическую значимость применения нагрузочной дозы пропафенона при сравнении с аллапинином и этацизином.

В заключение своего доклада доктор Сыров А.В. привел наглядный пример применения нагрузочной дозы пропафенона (Пропанорма) при лечении пациента с персистирующей формой ФП и сформулировал рекомендации для пациентов при самостоятельном купировании пароксизма ФП.

**4. Современные подходы к лечению больных с суправентрикулярными тахикардиями и экстрасистолиями. Соотношение пользы и риска в лечении аритмий — профессор Дощицин Владимир Леонидович.**

Выступление профессора Дощицина В.Л. было посвящено принципам лечения пациентов с наджелудочковыми тахикардиями и экстрасистолиями. Владимир Нико-



лаевич дал подробную классификацию наджелудочковых тахиаритмий и выделил основные ЭКГ-критерии, необходимые для постановки диагноза. Докладчик перечислил возможные методы купирования пароксизмов наджелудочковых тахиаритмий согласно последним рекомендациям Американского и Европейского общества кардиологов, представил наиболее значимые препараты для профилактической терапии наджелудочковых нарушений ритма.

Профессор Дощицин В.А. рассказал о возможностях проведения РЧА для лечения ФП. Основными

показаниями для проведения РЧА являются: выбор больного, симптомная ФП, резистентная к лекарственной терапии, молодой возраст пациента.

Вторая часть выступления Владимира Леонидовича была посвящена проблемам лечения желудочковых экстрасистолий. К препаратам первого порядка для лечения больных с желудочковой экстрасистолией относят: пропafenон, амиодарон, этацизин. У пациентов без выраженной органической патологии сердца должны применяться антиаритмические препараты 1С класса.

### Профилактическая терапия при рецидивирующих пароксизмах наджелудочковой тахикардии

Модифицировано по ACC/AHA/ESC Guidelines, 2010

Вид тахикардии	Рекомендации
Эктопическая предсердная	Катетерная абляция, β-блокаторы, верапамил, пропafenон, соталол, амиодарон
А-В узловая реципрокная	Катетерная абляция, верапамил, β-блокаторы, пропafenон, соталол, амиодарон
С участием дополнительных путей проведения	Катетерная абляция, пропafenон, соталол, амиодарон, β-блокаторы

### Лекарственные средства для лечения больных с желудочковой экстрасистолией

Препараты первого порядка (эффективность более 70%)	Пропафенон, амиодарон, этацизин, аллапинин
Препараты второго порядка (эффективность 50–70%)	Атенолол, метопролол, бисопролол и др. бета-адреноблокаторы
Препараты третьего порядка	Верапамил, дилтиазем, панангин, дифенилгидантоин, карбамазепин, омега-3 ПНЖК

Дощицин В.А., 2001

### 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, стенокардия III–IV ФК
- Гипертрофия Левого Желудочка (ГЛЖ) более 1,4 см

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

Докладчик отметил, что в понятие «выраженные органические изменения сердца» входит ХСН III стадии, IV функционального класса, ФВ ЛЖ менее 40%,

острые формы ИБС, перенесенный инфаркт миокарда, стенокардия напряжения III–IV ф.к., гипертрофия левого желудочка более 1,4 см.



**5. Медикаментозная стратегия в периоперационном периоде РЧА — Старший научный сотрудник лаборатории неинвазивной аритмологии и рентген-хирургических методов лечения аритмий ФГУ ГНИЦ ПМ, к.м.н. Тарасов Алексей Владимирович.**

Алексей Владимирович в своем выступлении рассказал о электрофизиологических механизмах возникновения ФП и привел примеры вариантов РЧА. Докладчик отметил основные показания и противопоказания к проведению процедуры РЧА у пациентов с ФП, рассказал о необходимых методах обследования больных. Доктор Та-

расов А.В. уточнил, что для предотвращения сдвига электрофизиологических свойств предсердий во время ВС ЭФИ и получения ложноположительного «блока выхода» ЛП во время РЧА пациенту необходимо отменять антиаритмические препараты.

Вторая часть выступления Алексея Владимировича была посвящена тактике ведения пациентов в послеоперационном периоде РЧА. Тактика ведения пациентов должна быть направлена на предотвращение тромбоэмболических осложнений и назначение антиаритмической терапии. Антиаритмические препараты IC и III класса являются препаратами вы-

### Медикаментозная терапия перед РЧА

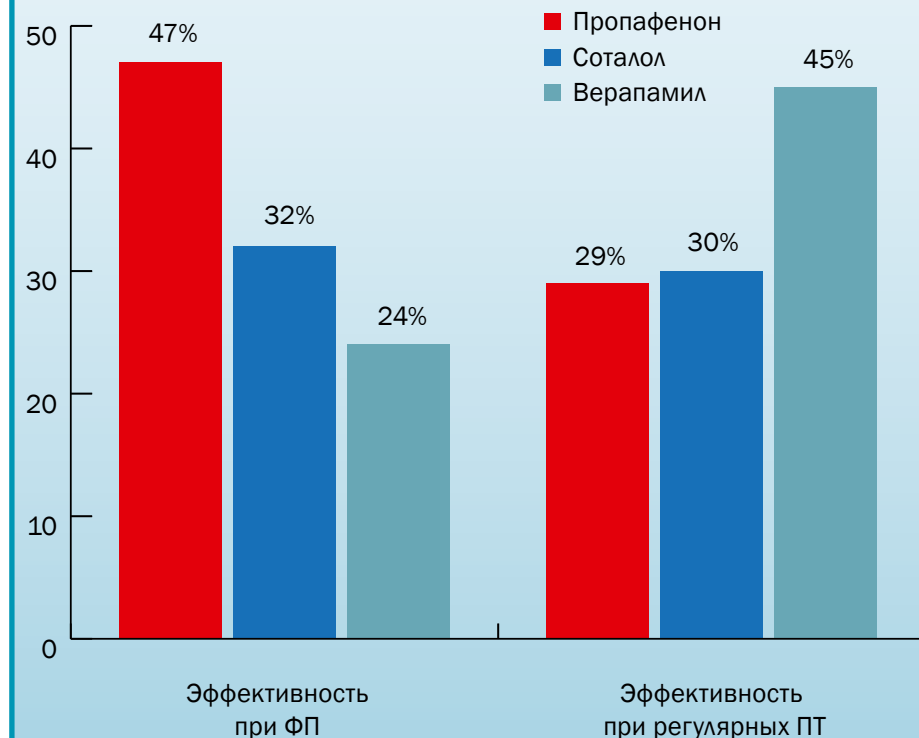
#### 1. Антиаритмическая терапия:

- I C и III кл. (соталол) — необходимо отменить за 24 часа до РЧА;
- II кл. (бета-адреноблокаторы) и IV кл. (продолженный верапамил) — необходимо отменить за 48 часов;
- III кл. (амиодарон) — за 1,5–2 месяца!

Для предотвращения сдвига электрофизиологических свойств предсердий во время ВС ЭФИ и получения ложноположительного «блока выхода» ЛП во время РЧА.

#### 2. Антикоагулянтная терапия

### Эффективность ААП в раннем послеоперационном периоде изоляции устья легочных вен



По данным наблюдения на базе ГНИЦ ПМ

бора для назначения в послеоперационном периоде РЧА.

В заключение доктор Тарасов А.В. привел данные собственных наблюдений за пациентами

после РЧА. На основании 134 наблюдений наиболее эффективным препаратом для профилактики ФП в послеоперационном периоде был пропафенон.

### Антиаритмическая терапия в ранний послеоперационный период

#### Выводы:

1. Более 51,5% больных в ранний п\о период имели рецидивы ПТ, большую часть из которых составили новые регулярные ПТ.
2. Наиболее эффективными ААП в раннем п\о периоде являются: препарат 1С класса – Пропафенон у больных с рецидивами ФП и в сочетании с ААП 4 класса Верапамилом у пациентов с рецидивами регулярных предсердных тахиаритмий.

30 марта 2015 г. в рамках IV Международного форума кардиологов и терапевтов, прошедшего в Москве, под эгидой Клуба аритмологов состоялся симпозиум «Лечение аритмий. Купирование и профилактика пароксизмов. Новые возможности».

#### Программа симпозиума

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

Юрий Михайлович рассказал о работе Клуба аритмологов за прошедшие 5 лет.

**2. Аритмии: рациональная фармакотерапия. – Почетный президент Российского общества кардиологов, академик РАМН Р.Г. Оганов.**

Академик Р.Г. Оганов подчеркнул, что несмотря на широкий арсенал лекарственных препаратов, лечение ФП остается одной из наиболее сложных задач. Согласно последним рекомендациям Европейского общества кардиологов, препаратами выбора для лечения ФП являются пропafenон, соталол, амиодарон. Однако, выраженная органотоксичность амиодарона значительно сужает спектр применения препарата. Один из эффективных и безопасных препаратов для лечения ФП считают пропafenон,

который широко применяется для купирования и профилактики пароксизмов ФП.

**3. Неотложная терапия пароксизмальных тахиаритмий – профессор Бунин Ю.А.**

В своем докладе Юрий Андреевич сформулировал основные принципы терапии наджелудочковых тахиаритмий, показал эффективность основных антиаритмических препаратов для купирования пароксизмов наджелудочковых тахикардий. Докладчик дал подробную характеристику большинству антиаритмических препаратов, использующихся в настоящее время для лечения наджелудочковых тахикардий. Подчеркнул, что антиаритмические препараты 1С класса – пропafenон и флекаинид – основные препараты для быстрого купирования ФП.

Профессор Бунин Ю.А. обсудил тактику ведения пациентов с синдромом ВПУ (WPW), дал рекомендации для купирования пароксизмов ФП при синдроме ВПУ.

**4. Пропафенон в купировании пароксизмов тахиаритмий. Инъекционный пропанорм – новый препарат на Российском**

**рынке. – д.м.н., профессор Миллер Ольга Николаевна.**

В своем докладе профессор Миллер О.Н. дала подробную характеристику препаратов 1С класса при лечении ФП. Ольга Николаевна подробно описала тактику ведения больных при выборе стратегии «Таблетка в кармане», дала схемы назначения препарата пропafenон (Пропанорм) для купирования пароксизмов ФП. Докладчик рассказала о фармакокинетике и фармакодинамике новой формы пропafenона, которая скоро появится на Российском рынке. Инъекционный пропafenон (Пропанорм) позволяет быстро восстанавливать синусовый ритм при внутривенном введении препарата, также отметила, что Пропанорм может применяться для лечения широкого круга пациентов.

**5. Профилактическая терапия аритмий сердца. Вопросы эффективности и безопасности. – профессор Дощицин Владимир Леонидович.**

Профессор Дощицин В.А. обсудил показания и противопоказания назначения антиаритмиче-



ских препаратов для купирования и профилактики самых разнообразных нарушений сердечного ритма; назначение антиаритмических препаратов 1С класса при заболеваниях сердца и возможности применения антиаритмиков у пациентов ХСН.

В заключении Владимир Леонидович подчеркнул, что наряду с антиаритмической терапией в лечении ФП могут применяться препараты, не обладающие прямым антиаритмическим действием, но уменьшающие степень кардиосклероза миокарда.

### Новости аритмологии

Одним из наиболее интересных исследований в аритмологии, опубликованном в 2015 году стала работа ученых из Тайваня Yun-PingLim, Cheng-LiLin, Yen-NingLin и др. «Антиаритмические препараты и риск канцерогенеза печени и внутрипеченочных желчных протоков».

Целью данного исследования было определение связи между использованием антиаритмических препаратов и риском развития злокачественных новообразований печени и внутрипеченочных желчных протоков (ЗНПВЖП).

Авторы использовали научно-исследовательскую базу данных Национальной программы страхования здоровья Тайваня в качестве основы для проведения популяционного исследования случай-контроль. Было отобрано 9944 пациента с антиаритмической терапией в анамнезе, у которых было впервые диагностировано злокачественные новообразования печени и внутрипеченочных желчных протоков в период с 2005 по 2010 год. Дополнительно были отобраны 19 497 пациентов с антиаритмической терапией в анамнезе в тот же период, но у которых не было злокачественных новообразований печени и внутрипеченочных желчных протоков, и совместили их по возрасту, полу и индексному году, чтобы образовать контрольную группу. Проанализировано пять антиаритмических препаратов, имеющих на рынке Тайваня: амиодарон, мексилетин, пропafenон, хинидин и прокаинамид.

Результаты исследования показали, что скорректированное отношение шансов (ОШ) ЗНПВЖП составляло 1,60 (доверительный интервал 95% [ДИ], 1,45–1,77) для пациентов, принимающих амиодарон, по сравнению с пациентами, не принимающими амиодарон. Анализ подгруппы показал, что использование амиодарона в значительной степени повышает риск ЗНПВЖП (скорректированное ОШ 18,0 (ДИ 95%, 15,7–20,5)) для пациентов с сопутствующими заболеваниями по сравнению с пациентами без сопутствующих заболеваний, у которых ОШ составлял 2,43 (ДИ 95%, 1,92–3,06). После поправки на возраст, пол, прием статинов, противодиабетических средств, нестероидных противовоспалительных препаратов, пропafenона, хинидина и сопутствующие заболевания значения ОШ составляли 1,49, 1,66 и 1,79 для пациентов с ЗНПВЖП в зависимости от среднегодовой установленной суточной дозы, которая составляла  $\leq 30$ , 31–145 и  $> 145$ , соответственно.

Авторы сделали вывод, что амиодарон может быть ассоциирован с развитием злокачественных новообразований печени и внутрипеченочных желчных протоков в зависимости от дозы, особенно у пациентов с сопутствующими заболеваниями.

## Защита, проверенная временем<sup>1</sup>



- Защита от ишемического инсульта: на 25% эффективнее варфарина<sup>2,3</sup>
- Защита от геморрагического инсульта: на 74% безопаснее варфарина<sup>2,3</sup>
- Снижение сердечно-сосудистой смертности: на 15% эффективнее варфарина<sup>2,3</sup>

**ПРАДАКСА® – краткая инструкция по медицинскому применению<sup>4</sup>**

**Регистрационный номер:** ПРАДАКСА 75 мг/110 мг: ЛСР-007065/09-150 мг: ЛП-000872. **МНН:** дабигатран этексилат. **Показания.** Профилактика венозных тромбозов и/или смертельных исходов, вызываемых этими заболеваниями, профилактика рецидивирующего тромбоза глубоких вен (ТГВ) и/или тромбозов легочной артерии (ТЭЛА) и профилактика 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; существующий риск развития большого кровотечения из имеющегося или недавнего заболевания 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, врожденные артериовенозные дефекты, сосудистые аневризмы или большие внутричерепные или внутримозговые сосудистые нарушения; одновременное назначение любых других антикоагулянтов, в том числе нефракционированного гепарина, низкомолекулярных гепаринов (НМГ) (энноксаприна, дальтепарина и др.), производных гепарина (фондапаринукса и др.), пероральных антикоагулянтов (варфарин, ривароксабан, апиксабан 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 кетоконазола для системного применения, циклоспирона, итраконазола, тафолониса и дронадрона; нарушения функции печени и заболевания печени, которые могут повлиять на выживаемость, наличие протезированного клапана сердца; возраст до 18 лет (клинические данные отсутствуют). **С осторожностью.** При состоянии, повышающих риск кровотечения: возраст 75 лет и старше; умеренное снижение функции почек (КК 30-50 мл/мин); одновременное применение ингибиторов Р-гликопротеина (за исключением указанных в разделе «Противопоказания»); масса тела меньше 50 кг; одновременный прием ацетилсалициловой кислоты, НПВП, клопидогрела, селективных ингибиторов обратного захвата серотонина и селективных ингибиторов обратного захвата норадреналина, а также других препаратов, применение которых может нарушить гемостаз; врожденные или приобретенные заболевания свертывающей системы крови; тромбоцитопения или функциональные дефекты тромбоцитов; недавно проведенная биопсия или перенесенная обширная травма; билатеральная эндокардит, заворот, гастрит или гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. **Способ применения и дозы.** Капсулы следует принимать внутрь, независимо от времени приема пищи, запивая стаканом воды для облегчения прохождения препарата в желудок. Не следует вскрывать капсулу. **Особые указания при изъятии капсулы из блистера:** вынуть капсулу из блистера, отслаивая фольгу; не выдавливайте капсулы через фольгу; удалите фольгу полностью, чтобы удобно вынуть капсулу. **Применение у взрослых.** Лечение острого тромбоза глубоких вен (ТГВ) и/или тромбозов легочной артерии (ТЭЛА) и профилактика смертельных исходов, вызываемых этими заболеваниями: рекомендуется применение препарата ПРАДАКСА® в суточной дозе 300 мг (1 капсула по 150 мг 2 раза в день) в течение как минимум 5 дней. Терапия должна продолжаться до 6 месяцев. **Профилактика рецидивирующего тромбоза глубоких вен (ТГВ) и/или тромбозов легочной артерии (ТЭЛА) и смертельных исходов, вызываемых этими заболеваниями:** рекомендуется применение препарата ПРАДАКСА® в суточной дозе 300 мг (1 капсула по 150 мг 2 раза в день). Терапия может продолжаться пожизненно, в зависимости от индивидуальных факторов риска. **Профилактика венозных тромбозов (ВТ) у пациентов после ортопедических операций:** рекомендуемая доза составляет 220 мг в сутки (2 капсулы по 110 мг). У пациентов с умеренным нарушением функции почек в связи с риском кровотечений рекомендуемая доза составляет 150 мг 1 раз в сутки (2 капсулы по 75 мг). **Профилактика ВТ после эндопротезирования коленного сустава.** Применение препарата ПРАДАКСА® следует начинать через 1-4 ч после завершения операции с приема 1 капсулы (110 мг) с последующим увеличением дозы до 2 капсул (220 мг) однократно в сутки в течение последующих 10 дней. Если гемостаз не достигнут, лечение следует отложить. Если лечение не началось в день операции, терапию следует начинать с приема 2 капсул (220 мг) 1 раз в сутки. **Профилактика**

**ВТ после эндопротезирования тазобедренного сустава:** применение препарата ПРАДАКСА® следует начинать через 1-4 ч после завершения операции с приема 1 капсулы (110 мг) с последующим увеличением дозы до 2 капсул (220 мг) 1 раз в сутки в течение последующих 28-35 дней. Если гемостаз не достигнут, лечение следует отложить. Если лечение не началось в день операции, терапию следует начинать с приема 2 капсул (220 мг) 1 раз в сутки. **Профилактика инсульта, системных тромбозов и 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. **Побочные действия.** Частые побочные эффекты (от 1/100 до 1/10 случаев) – зноби, носовое кровотечение, желудочно-кишечные кровотечения, ректальные кровотечения, геморроидальные кровотечения, боль в животе, диарея, диспепсия, тошнота, нарушение функции печени, кожный геморрагический синдром, ургентные кровотечения, температура. **Риск развития тромбозов или эмболии.** Снижение концентрации гемоглобина или гематокрита в крови, сопровождающееся снижением АД, является основанием для поиска источника кровотечения. Лечение препаратом ПРАДАКСА® не требует контроля антикоагулянтной активности. Тест для определения МНО применяться не должен, поскольку есть данные о ложном завышении уровня МНО. Для выявления чрезмерной антикоагулянтной активности дабигатрана следует использовать тесты для определения тромбинного или эритроцитарного времени свертывания. В случае, когда эти тесты не доступны, 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. **Полная информация** представлена в инструкции по медицинскому применению.

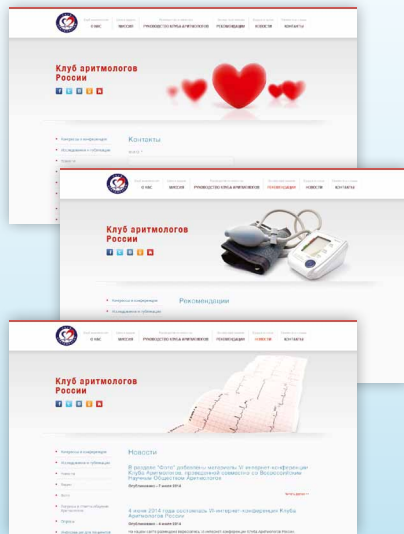
150 мг 2 раза в день  
**Прадакса®**  
дабигатран этексилат

Защита от инсульта, подтвержденная практикой<sup>1</sup>

### АНОНСЫ

Уважаемые коллеги! На сайте [www.arrhythmology-club.ru](http://www.arrhythmology-club.ru) размещена видеозапись VII интернет-конференции Клуба Аритмологов России, которая состоялась 3 июня 2015 года. Информация о следующих мероприятиях Клуба будет размещена на нашем сайте. Следите за новостями!

## Самые актуальные новости аритмологии на сайте Клуба аритмологов [www.arrhythmology-club.ru](http://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

Научный редактор бюллетеня «Клуб аритмологов России», № 4, 2015 г. – доцент, к.м.н. Тарзиманова А.И.  
Напечатано в типографии «АС-медиа». Тираж 5 000 экз. Москва, 2015 г.

Boehringer Ingelheim  
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 August 13, 2013. <http://dx.doi.org/10.1161/01.cir.0000411139.51395.1>  
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® РУ: 75/110 мг. ЛСР-007065/09; 150 мг-ЛП 000872  
5. Connolly SJ, et al. Circulation 128 (3): 239-243 (2013).

# ПРОПАНОРМ®

пропафенона гидрохлорид

## ВОССТАНОВИТ, СОХРАНИТ ПРАВИЛЬНЫЙ СЕРДЕЧНЫЙ РИТМ



- Антиаритмический препарат 1С класса со свойствами  $\beta$ -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](http://www.propanorm.ru)

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

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

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