



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ

**НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ  
ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ЦЕНТР  
КАРДИОЛОГИИ**

(ФГБУ «НМИЦ кардиологии» Минздрава России)

121552, г. Москва, ул. 3-я Черепковская, д.15А

Тел.: +7(495) 150-44-19; +7(495)414-60-31

[www.cardioweb.ru](http://www.cardioweb.ru), e-mail: [info@cardioweb.ru](mailto:info@cardioweb.ru)

ОГРН 1037739144640; ОКПО 01897535

ИНН/КПП 7731243467/773101001

Исх.№ 02-1/198 от 19.05.2021

На № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_

Руководителям органов  
исполнительной власти в  
сфере здравоохранения

Копия:

Главным внештатным  
специалистам кардиологам  
субъектов РФ

Во исполнение пункта 4 протокола совещания у Заместителя  
руководителя Аппарата Правительства Российской Федерации О.В.Кривонос  
от 01.04.2021 № ОК-П12-18пр направляем разъяснения о  
возможности замены лекарственных препаратов для лечения сердечно-  
сосудистых заболеваний в соответствии с клиническими рекомендациями.

Приложение: на 15 л. в 1 экз.

Генеральный директор,  
Главный внештатный специалист кардиолог  
по Центральному, Уральскому, Сибирскому и  
Дальневосточному федеральным округам,  
академик РАН

С.А.Бойцов

**Таблица. Возможность замены лекарственных препаратов для лечения сердечно-сосудистых заболеваний в соответствии с клиническими рекомендациями\***

Основной препарат (МНН)	Препарат (МНН) или класс препаратов для замены	Клинические рекомендации**
Верапамил	<p>Бета-адреноблокаторы:</p> <p>Бисопролол</p> <p>Пропранолол</p> <p>Метопролол</p> <p>Пропранолол</p>	<p>Селективные бета-адреноблокаторы или верапамил (в порядке перечисления) рекомендуются для профилактики НЖТ в отсутствие синдрома WPW <b>ЕОК Па С (УДД 5 УУР С)</b> [7]</p> <p>При стабильной ИБС рекомендуется назначить в качестве препарата 1-й линии бета-адреноблокатор или недигидропиридиновые блокаторы «медленных» кальциевых каналов (верапамил или дилтиазем) для снижения ЧСС до значений 55–60 уд/мин <b>ЕОК I A (УУР С, УДД 5)</b> [3]</p> <p>Рекомендовано рассмотреть возможность назначения бета-адреноблокаторов или верапамила асимптомным взрослым с обструкцией ВТЛЖ (покоя или индуцируемой) для снижения ГД в ЛЖ <b>ЕОК ПЬС (УДД 5 УУР С)</b> [9]</p> <p>Для контроля частоты желудочкового ритма во время ФП рекомендовано применение бета-адреноблокаторов, дигоксина и селективных блокаторов кальциевых каналов с прямым влиянием на сердце (Верапамил/ Дилтиазем) <b>ЕОК I A (УУР А, УДД 1)</b> [6]</p> <p>Пациентам с гемодинамически стабильной ФП и ГКМП рекомендуется урежение ЧСС с помощью бета-адреноблокаторов или дилтиазема/верапамила <b>ЕОК I C (УУР С, УДД 5)</b> [6]</p>

		<p>Пациентам с обструктивной болезнью легких для контроля частоты желудочкового ритма рекомендовано использование селективных блокаторов кальциевых каналов с прямым влиянием на сердце (Верапамил/Дилтиазем), либо — в качестве альтернативы — применение селективных бета-адреноблокаторов <b>ЕОК IIaC (УУР С, УДД 5)</b> [6]</p> <p>При наличии ЖТ у пациентов без структурной патологии сердца для профилактики повторного возникновения устойчивых приступов рекомендовано назначение бета-адреноблокаторов, верапамила, а также антиаритмических препаратов I и III класса <b>ЕОК IIaB (УУР С, УДД 5)</b> [8]</p> <p>Назначение метопролола, пропранолола или верапамила во время беременности внутрь рекомендуется для длительной терапии идиопатической устойчивой ЖТ <b>ЕОК I C (УУР С, УДД 5)</b> [8]</p> <p>Беременным женщинам с АГ в качестве антигипертензивной терапии с целью контроля уровня АД рекомендуется назначение лекарственных препаратов с замедленным высвобождением лекарственного вещества. Резервными препаратами для плановой антигипертензивной терапии у беременных женщин с АГ являются верапамил и бисопролол <b>ЕОК/ЕОАГ I C (УУР А, УДД 2)</b> [4]</p>
	<p>Антиаритмические средства I класса</p> <p>Пропафенон</p> <p>Лаптаконитина гидробромид</p>	<p>Для лечения фокусной предсердной тахикардии рекомендуются бета-адреноблокаторы или недигидропиридиновые блокаторы кальциевых каналов (в отсутствие ХСН с низкой ФВ), пропафенон (в отсутствие ишемической болезни сердца или других структурных изменений), если КА нежелательна или неосуществима <b>ЕОК IIa C (УДД 4 УУР С)</b> [7]</p>

		<p>Пропафенон в отсутствие ишемической болезни или других структурных заболеваний сердца рекомендуется, если блокаторы АВ проведения неэффективны для профилактики НЖТ <b>ЕОК IIa C (УДД 4 УУР С)</b> [7]</p> <p>При наличии ЖТ у пациентов без структурной патологии сердца для профилактики повторного возникновения устойчивых приступов рекомендовано назначение бета-адреноблокаторов, верапамила, а также антиаритмических препаратов I и III класса <b>ЕОК IIaB (УУР С, УДД 5)</b> [8]</p> <p>При наличии ЖТ у пациентов без структурной патологии сердца для профилактики повторного возникновения устойчивых приступов рекомендовано назначение бета-адреноблокаторов, верапамила, а также антиаритмических препаратов I и III класса <b>ЕОК IIaB (УУР С, УДД 5)</b> [8]</p> <p>Верапамил, дилтиазем или длительно действующие дигидропиридиновые производные (в частности, амлодипин) могут применяться при невозможности контролировать артериальную гипертензию другими средствами у пациентов с ИМпST, ОКСбпST <b>IIb В (УУР В; УДД 2)</b>[1,2]</p> <p>У пациентов с ОКСбпST при подозрении на вазоспастический генез ОКС или доказанной вазоспастической стенокардии рекомендуются верапамил, дилтиазем или длительно действующие дигидропиридиновые производные для устранения симптомов и профилактики возникновения ишемии миокарда <b>ЕОК IIaB (УУР С, УДД 4)</b> [2]</p>
<p>Антиаритмические средства III класса</p> <p>Соталол</p> <p>амиодарон</p> <p>Амлодипин</p>		

	<p>Дигоксин</p>	<p>Дигоксин или верапамил рекомендуются для контроля ЧСС при ПТ, если бетаадреноблокаторы неэффективны у пациентов без синдрома WPW <b>ЕОК IIa C (УДД 5 УУР С)</b> [7]</p> <p>Для контроля частоты желудочкового ритма во время ФП рекомендовано применение бета-адреноблокаторов, дигоксина и селективных блокаторов кальциевых каналов с прямым влиянием на сердце (Верапамил/ Дилтиазем) <b>ЕОК — IA (УУР А, УДД 1)</b> [6]</p>
	<p>Дилтиазем (нет в перечне ЖНВЛП)</p>	<p>Верапамил, дилтиазем или длительно действующие дигидропиридиновые производные (в частности, амлодипин) могут применяться при невозможности контролировать артериальную гипертонию другими средствами у пациентов с ИМпСТ, ОКСбпСТ <b>IIb B (УУР В; УДД 2)</b>[1,2]</p> <p>У пациентов с ОКСбпСТ при подозрении на вазоспастический генез ОКС или доказанной вазоспастической стенокардии рекомендуются верапамил, дилтиазем или длительно действующие дигидропиридиновые производные для устранения симптомов и профилактики возникновения ишемии миокарда <b>ЕОК IIaB (УУР С, УДД 4)</b> [2]</p> <p>При стабильной ИБС рекомендуется назначить в качестве препарата 1-й линии бета-адреноблокатор или недигидропиридиновые блокаторы «медленных» кальциевых каналов (верапамил или дилтиазем) для снижения ЧСС до значений 55–60 уд/мин <b>ЕОК I A (УУР С, УДД 5)</b> [3]</p> <p>Для контроля частоты желудочкового ритма во время ФП рекомендовано применение бета-адреноблокаторов, дигоксина и</p>

		<p>селективных блокаторов кальциевых каналов с прямым влиянием на сердце (Верапамил/ Дилтиазем) <b>ЕОК 1А (УУР А, УДД 1)</b> [6]</p> <p>Пациентам с гемодинамически стабильной ФП и ГКМП рекомендуется урежение ЧСС с помощью бета-адреноблокаторов или дилтиазема/верапамила <b>ЕОК 1С (УУР С, УДД 5)</b> [6]</p> <p>Пациентам с обструктивной болезнью легких для контроля частоты желудочкового ритма рекомендовано использование селективных блокаторов кальциевых каналов с прямым влиянием на сердце (Верапамил/Дилтиазем), либо — в качестве альтернативы — применение селективных бета-адреноблокаторов <b>ЕОК 2аС (УУР С, УДД 5)</b> [6]</p> <p>Для лечения фокусной предсердной тахикардии рекомендуются бета-адреноблокаторы или недигидропиридиновые блокаторы кальциевых каналов (в отсутствие ХСН с низкой ФВ), пропафенон (в отсутствие ишемической болезни сердца или других структурных изменений), если КА нежелательна или неосуществима <b>ЕОК 2аС (УДД 4 УУР С)</b> [7]</p> <p>Дилтиазем с подбором максимальной переносимой дозы рекомендован симптомным пациентам с обструкцией ВТЛЖ (покоя или индуцируемой), которые не переносят бета-адреноблокаторы и верапамил или имеют противопоказания к их назначению <b>ЕОК 2С (УДД 2 УУР С)</b> [9]</p>
<p>Фенилэфрин (отсутствует в клинических рекомендациях по лечению ИМпСТ, ОКСбпСТ, ХСН)</p>	<p>Норэпинефрин</p>	<p>У пациентов с ИМпСТ и кардиогенным шоком для устранения гемодинамической нестабильности рекомендуется применение инотропных и/или адрено- и допамин-стимуляторов <b>ЕОК 2вС (УУР С; УДД 5)</b> [1]</p>

		<p>У пациентов с ИМпST и кардиогенным шоком для устранения гемодинамической нестабильности при выраженной артериальной гипотонии рекомендуется внутривенная инфузия норэпинефрина <b>ЕОК IIaC (УУР С; УДД 4)</b> [1]</p> <p>У пациентов с ОДСН и кардиогенным шоком, сохраняющимся на фоне внутривенной инфузии негликозидных инотропных препаратов, рекомендуется применение вазопрессоров (предпочтительно норэпинефрина) для повышения АД и улучшения перфузии жизненно важных органов <b>ЕОК IIbB (УУР А, УДД 1)</b> [5]</p>
<p>Пропранолол</p>	<p>Бета-блокаторы:</p> <p>Метопролол</p> <p>Бисопролол</p> <p>Карведилол</p>	<p>Бета-адреноблокаторы рекомендуются для контроля ЧСС при ФП у пациентов с нормальной или незначительно сниженной сократительной функцией левого желудочка (фракция выброса (ФВ) левого желудочка (ЛЖ) <math>\geq 40\%</math>) <b>ЕОК Ib (УУР С, УДД 5)</b> [6]</p> <p>Для лечения пациентов со структурным поражением миокарда/ дисфункцией ЛЖ, имеющих повышенный риск ВСС и нуждающихся в её первичной или вторичной профилактике, рекомендовано назначение препаратов группы бета-адреноблокаторов <b>ЕОК Ia (УУР А, УДД 1)</b> [8]</p>
<p>Эноксапарин натрия</p>	<p>Гепарин натрия</p>	<p>В случае планирования кардиоверсии всем пациентам, которые не получают антикоагулянты, рекомендовано как можно быстрее начать терапию эноксапарином натрия или гепарином натрия <b>ЕОК Ib (УУР А, УДД 2)</b> [6]</p> <p>При любом способе восстановления синусового ритма, в сроки до 48 часов от начала пароксизма ФП, пациенту, который не получает антикоагулянтную терапию, рекомендовано как можно быстрее начать введение гепарина натрия или эноксапарина натрия <b>ЕОК IIaB (УУР В, УДД 3)</b> [6]</p>

		<p>Если ЧКВ при ИМпСТ выполняется на фоне начатой внутривенной инфузии гепарина натрия, во время процедуры для поддержания должного уровня антикоагуляции рекомендуется использовать дополнительное внутривенное введение болюсов под контролем активированного времени свертывания крови <b>ЕОК ПаВ (УУР С; УДД 2)</b> [1]</p> <p>При ИМпСТ внутривенная инфузия гепарина натрия в сопровождение ТЛГ рекомендуется для поддержки реперфузии в случаях, когда фондапаринукс натрия и эноксапарин противопоказаны (в частности, из-за выраженной почечной недостаточности) <b>ЕОК Па С (УУР С; УДД 5)</b> [1]</p>
<p>Гепарин натрия</p>	<p>Эноксапарин натрия</p>	<p>В случае планирования кардиоверсии всем пациентам, которые не получают антикоагулянты, рекомендовано как можно быстрее начать терапию эноксапарином натрия или гепарином натрия <b>ЕОК ИВ (УУР А, УДД 2)</b> [6]</p> <p>При любом способе восстановления синусового ритма, в сроки до 48 часов от начала пароксизма ФП, пациенту, который не получает антикоагулянтную терапию, рекомендовано как можно быстрее начать введение гепарина натрия или эноксапарина натрия <b>ЕОК ПаВ (УУР В, УДД 3)</b> [6]</p> <p>У пациентов с ИМпСТ при первичном ЧКВ для снижения риска тромболических осложнений и крупных ишемических событий рекомендуется внутривенное введение эноксапарина натрия <b>ЕОК Па В (УУР А; УДД 2)</b> [1]</p>
<p>Эналаприл</p>	<p>Периндоприл Лизиноприл</p>	<p>иАПФ рекомендуются всем пациентам с симптоматической сердечной недостаточностью и сниженной фракцией выброса ЛЖ</p>



	Каптоприл	<p>при отсутствии противопоказаний для снижения риска госпитализации из-за СН и смерти. <b>ЕОК IА (УУР А, УДД 2) [5]</b></p> <p>и АПФ рекомендуются пациентам с бессимптомной систолической дисфункцией ЛЖ и инфарктом миокарда в анамнезе для профилактики развития симптомов СН. <b>ЕОК IА (УУР А, УДД 2) [5]</b></p> <p>Пациентам с АГ в качестве стартовой терапии рекомендована комбинация антигипертензивных препаратов, в которую должны входить блокатор ренин-ангиотензиновой системы (РААС) (ингибитор АПФ или БРА) <b>ЕОК/ЕОАГ IА (УУР А, УДД 1) [4]</b></p> <p>У пациентов с ОКСбпСТ при ФВ ЛЖ 40%, АГ, сахарном диабете, хронической болезни почек (ХБП) рекомендуются ингибиторы АПФ для предотвращения дисфункции ЛЖ, сердечной недостаточности и смерти, если к препаратам этой группы нет противопоказаний <b>ЕОК IА (УУР А, УДД 2) [2]</b></p> <p>Для предотвращения дисфункции ЛЖ, СН и смерти рекомендуется применение ингибитора АПФ у всех пациентов с ИМпСТ, не имеющих противопоказаний (лизиноприл, каптоприл) <b>ЕОК IIа А (УУР В; УДД 2) [1]</b></p> <p>Для снижения риска смерти и развития/прогрессирования СН рекомендуется ранее (в первые 24 часа ИМпСТ) назначение ингибиторов АПФ у пациентов с СН, сниженной ФВ ЛЖ, сахарным диабетом или ИМ передней локализации (лизиноприл, каптоприл) <b>ЕОК IА (УУР А; УДД 1) [1]</b></p>
Нитроглицерин	Изосорбида динитрат	<p>Для устранения непосредственно приступа стабильной стенокардии (обезболивания) рекомендуется назначить органические нитраты короткого действия <i>(для купирования приступа стенокардии используют: нитроглицерин в таблетках под язык, или нитроглицерин аппликацией (распыскиванием) спрея на слизистую полости рта, или изосорбида динитрат в таблетках под язык, или</i></p>

		<p><i>апликацией (распыскиванием) спрея на слизистую полости рта.</i>  <b>ЕОК I В (УУРС, УДД 5) [5].</b></p> <p>Для уменьшения симптомов, связанных с ишемией миокарда, пациентам с ОКСбпСТ рекомендуется сублингвальный прием быстродействующих органических нитратов (<i>нитроглицерина или изосорбида динитрата в виде дозированного спрея в аналогичных дозах</i>) <b>ЕОК I С (УУРС, УДД 4) [2]</b></p> <p>Внутривенная инфузия нитратов (нитроглицерина или изосорбида динитрата) рекомендуется для симптоматического лечения у пациентов с ИМпСТ и продолжающейся ишемией миокарда, артериальной гипертензией, СН при отсутствии противопоказаний <b>ЕОК I С (УУР В; УДД 2) [1]</b></p>
<p>Добутамин</p>	<p>Доламин</p> <p>Левосимендан</p>	<p>У пациентов с ИМпСТ и кардиогенным шоком для устранения гемодинамической нестабильности рекомендуется применение инотропных и/или адрено- и допамин-стимуляторов (<i>При недостаточном эффекте препараты можно комбинировать, левосимендан может использоваться в качестве дополнительного вмешательства в сочетании с норэпинефрином или другими адрено- и допамин-стимуляторами у пациентов с кардиогенным шоком и указаниями на периферическую вазоконстрикцию</i>) <b>ЕОК II Б С (УУРС; УДД 5) [1]</b></p> <p>У пациентов с ОДСН рекомендуется внутривенное введение левосимендана, который в этой ситуации предпочтительнее добутамина и допамина для устранения неблагоприятного эффекта блокады бета-адренорецепторов, приводящей к артериальной гипотонии и гипоперфузии <b>ЕОК II Б С (УУР С, УДД 4) [5]</b></p>
<p>Алтеплаза</p>	<p>Тенектеплаза</p> <p>Проурокиназа</p>	<p>В случае применения тромболитической терапии при ИМпСТ для уменьшения риска смерти рекомендуется предпочесть фибринолитические тромболитики нефбринолитическим <b>ЕОК II а В (УУР В, УДД 2) [1]</b></p>

	<p>Рекомбинантный белок, содержащий аминокислотную последовательность стафилокиназы</p> <p>Алтеплаза</p> <p>Проурокиназа рекомбинантная</p> <p>Рекомбинантный белок, содержащий аминокислотную последовательность стафилокиназы</p>	<p>В случае применения тромболитической терапии при ИМпST для уменьшения риска смерти рекомендуется предпочесть фибриноспецифичные тромболитики нефбриноспецифичным <b>ЕОК IIa B (УУР В, УДД 2)</b> [1]</p>
<p>Изосорбида моонитрат</p>	<p>Изосорбида динитрат</p>	<p>При недостаточной эффективности препаратов 1-й линии у пациентов со стабильной стенокардией рекомендуется добавить к лечению один из препаратов 2-й линии (в том числе и органические нитраты) <b>ЕОК IIa B (УУР С, УДД 5)</b> [3]</p> <p>У пациентов с ОКСбпST и сохраняющейся стенокардией рекомендуется длительный пероральный прием органических нитратов для устранения симптомов ишемии миокарда (<i>при недостаточной эффективности или противопоказаниях к другим антиангинальным препаратам</i>) <b>ЕОК IC (УУР С, УДД 4)</b> [2]</p>
<p>Амиодарон</p>	<p>Бета-адреноблокаторы:</p> <p>Метопролол</p> <p>Бисопролол</p> <p>Карведилол</p>	<p>Назначение амиодарона с целью профилактики рецидивов ФП у пациентов без структурных заболеваний сердца рекомендовано при невозможности использования или неэффективности бета-адреноблокаторов, пропafenона, лапаконитина гидробромида, соталола <b>ЕОК IV (УУР А, УДД 1)</b> [6]</p> <p>У пациентов без структурных заболеваний сердца профилактику рецидивов ФП рекомендовано начинать с бета-адреноблокаторов, особенно когда аритмия четко связана с психическим или физическим напряжением <b>ЕОК IV (УУР А, УДД 2)</b> [6]</p>

		<p>Бета-адреноблокаторы (в том числе) рекомендуются для контроля ЧСС при ФП у пациентов с нормальной или незначительно сниженной сократительной функцией левого желудочка (фракция выброса (ФВ) левого желудочка (ЛЖ) <math>\geq 40\%</math>) <b>ЕОК IV (УУР С, УДД 5)</b> [6]</p> <p>Для лечения пациентов со структурным поражением миокарда / дисфункцией ЛЖ, имеющих повышенный риск ВСС и нуждающихся в её первичной или вторичной профилактике, рекомендовано назначение препаратов группы бета-адреноблокаторов <b>ЕОК IA (УУР А, УДД 1)</b> [8]</p> <p>Для лечения желудочковой эктопической активности у пациентов без структурной патологии сердца/дисфункции ЛЖ рекомендовано в том числе назначение бета-адреноблокаторов <b>ЕОК IIaВ (УУР С, УДД 5)</b> [8]</p>
	<p>Антиаритмические средства I класса:</p> <p>Пропафенон</p> <p>Лапаконитина гидробромид</p>	<p>ААП I класса: пропафенон, лапаконитина гидробромид, рекомендованы для профилактики рецидивирующей симптоматической ФП у пациентов без структурного поражения сердца и СН <b>ЕОК IA (УУР А, УДД 1)</b> [6]</p> <p>Для лечения желудочковой эктопической активности у пациентов без структурной патологии сердца/дисфункции ЛЖ рекомендовано в том числе назначение антиаритмических препаратов I класса <b>ЕОК IIaВ (УУР С, УДД 5)</b> [8]</p> <p>Назначение амиодарона с целью профилактики рецидивов ФП у пациентов без структурных заболеваний сердца рекомендовано при невозможности использования или неэффективности бета-</p>

	<p>Антиаритмические средства III класса: Соталол</p>	<p>адреноблокаторов, пропранолола, лапаконитина гидробромида, соталола <b>ЕОК IB (УУР А, УДД 1) [6]</b></p> <p>Соталол рекомендован для профилактики рецидивов ФП у пациентов без тяжелого органического поражения сердца, без угнетения насосной функции и СН. Наиболее оправдано его применение у пациентов со стабильной ИБС <b>ЕОК IA (УУР А, УДД 2) [6]</b></p> <p>Назначение амиодарона с целью профилактики рецидивов ФП у пациентов без структурных заболеваний сердца рекомендовано при невозможности использования или неэффективности бета-адреноблокаторов, пропранолола, лапаконитина гидробромида, соталола <b>ЕОК IB (УУР А, УДД 1) [6]</b></p> <p>Для лечения желудочковой эктопической активности у пациентов без структурной патологии сердца/дисфункции ЛЖ рекомендовано назначение в том числе соталола <b>ЕОК IIaB (УУР С, УДД 5) [8]</b></p>
<p>Верапамил</p>		<p>Для контроля частоты желудочкового ритма во время ФП рекомендовано применение селективных блокаторов кальциевых каналов (верапамила) с прямым влиянием на сердце <b>ЕОК IA (УУР А, УДД 1) [6]</b></p> <p>Для лечения желудочковой эктопической активности у пациентов без структурной патологии сердца/дисфункции ЛЖ рекомендовано назначение в том числе верапамила <b>ЕОК IIaB (УУР С, УДД 5) [8]</b></p>
<p>Дигоксин</p>		<p>Дигоксин рекомендуется для контроля ЧСС при ФП у пациентов с нормальной сниженной сократительной функцией левого желудочка <b>ЕОК IB (УУР С, УДД 5) [6]</b></p>

Аторвастатин

Розувастатин (нет в перечне  
ЖНВЛП)

Для профилактики ССО всем пациентам со стабильной ИБС рекомендуется назначить ингибиторы ГМГ-КоА-редуктазы (статины) в максимально переносимой дозировке до достижения целевого уровня ХсЛНП **ЕОК I A (УУР С, УДД 5)** [3]

Для снижения суммарного риска ишемических событий у пациентов с ИмпСТ рекомендуется в период госпитализации начать лечение ингибитором ГМГ-КоА-редуктазы в высокой дозе (вне зависимости от исходного уровня холестерина). Условие — отсутствие противопоказаний (*Рекомендуется применение ингибиторов ГМГ-КоА-редуктазы с наиболее выраженным гиполипидемическим действием, в частности аторвастатин или розувастатин*) **ЕОК I A н (УУР А; УДД 1)** [1]

У всех пациентов с ОКСбпСТ в период госпитализации рекомендуется начать или продолжить лечение высокими дозами ингибиторов ГМГ-КоА-редуктазы вне зависимости от исходного уровня холестерина в крови, если к ним нет противопоказаний и высокая доза ингибиторов ГМГ-КоА- редуктазы хорошо переносится, с целью снижения риска повторных ишемических событий *Рекомендуется применение ингибиторов ГМГ-КоА-редуктазы с наиболее выраженным гиполипидемическим действием, в частности аторвастатин или розувастатин*) **ЕОК I A (УУР А, УДД 1)** [2]

<p>Тикагрелор</p>	<p>Клопидогрел Прасутрел (нет в перечне ЖНВЛП)</p>	<p>Для снижения суммарного риска ишемических событий ингибиторы P2Y12-рецептора тромбоцитов рекомендуются в дополнении к АСК до начала или во время реперфузионного вмешательства всем пациентам с ИМпСТ, не имеющим противопоказаний <b>ЕОК IA (УУР А, УДД 1) [1]</b></p> <p>Всем пациентам с ОКСбпСТ, не имеющим высокого риска кровотечений, в добавлении к АСК рекомендуется ингибиторы P2Y12-рецептора тромбоцитов для снижения риска неблагоприятных исходов <b>ЕОК IA (УУР А, УДД 1) [2]</b></p> <p>Пациентам с ИМпСТ, которые не могут получать тикагрелор или прасутрел, для снижения суммарного риска смерти, ИМ и инсульта и риска тромбоза стента в добавлении к АСК рекомендуется клопидогрел <b>ЕОК IIa B (УУРА, УДД 2) [1]</b></p> <p>Клопидогрел рекомендован пациентам с ИМпСТ, не имеющим противопоказаний, в дополнении к АСК до начала или во время ГЛТ <b>ЕОК IB (УУРА, УДД 2) [1]</b></p> <p>Прасутрел в добавлении к АСК рекомендуется при коронарном стентировании у пациентов с ОКСбпСТ, не получавших других антиагрегантов, если к нему нет противопоказаний <b>ЕОК IB (УУР А, УДД 2) [2]</b></p>
<p>Ривароксабан</p>	<p>Апиксабан Дабигаатрана этексилат</p>	<p>Пациентам с неклапанной ФП, не получавшим ранее антикоагулянтную терапию, в качестве препаратов первой линии рекомендовано назначение прямых оральных антикоагулянтов (ПОАК) — апиксабана, или дабигаатрана этексилата, или ривароксабана (при отсутствии противопоказаний к их назначению) <b>ЕОК IA (УУР–А, УДД 1) [6]</b></p>

	Варфарин	<p>В случае назначения антагонистов витамина К (варфарин) рекомендовано достижение максимального времени пребывания значений МНО в пределах терапевтического диапазона (2,0–3,0), которое следует регулярно оценивать <b>ЕОК IА (УУР А, УДД 2) [6]</b></p> <p>Пациентам с митральным стенозом умеренной или тяжелой степени, либо с механическим искусственным клапаном сердца с целью профилактики ТЭО рекомендованы только антагонисты витамина К <b>ЕОК IВ (УУР С, УДД 4) [6]</b></p>
--	----------	--

\*Решение о замене лекарственных препаратов и продолжительности лечения принимает лечащий врач в интересах пациента, базируясь на оценке известного анамнеза, имеющихся результатов осмотра и предварительного обследования, симптомов и синдромов течения заболевания согласно клиническим рекомендациям по соответствующим нозологиям, индивидуальным показаний и противопоказаний к назначению лекарственных препаратов и связанного с этим соотношения ожидаемых рисков и пользы для конкретного больного, возможности проведения необходимого контроля за эффективностью и безопасностью лечения.

Ссылка: рубрикатор клинических рекомендаций; [http://cg.rosminzdrav.ru/clin\\_recomend](http://cg.rosminzdrav.ru/clin_recomend)

\*\*

1. Клиническая рекомендация (ОКСпСТ) – Острый коронарный синдром с подъемом сегмента ST электрокардиограммы. Год утверждения 2020 КР 157/1
2. Клиническая рекомендация ОКСбпСТ – Острый коронарный синдром без подъема сегмента ST электрокардиограммы. Год утверждения 2020 КР 154/1
3. Клиническая рекомендация ИБС – Стабильная ишемическая болезнь сердца. Год утверждения 2020 КР 155/1
4. Клиническая рекомендация АГ – Артериальная гипертония у взрослых. Год утверждения 2020 КР 62
5. Клиническая рекомендация ХСН – Хроническая сердечная недостаточность. Год утверждения 2020 КР 156/1
6. Клиническая рекомендация ФП – Фибрилляция и трепетание предсердий у взрослых. Год утверждения 2020 КР 382/1
7. Клиническая рекомендация НЖТ – Наджелудочковые тахикардии. Год утверждения 2020 КР 619
8. Клиническая рекомендация ЖТ – Желудочковые нарушения ритма. Желудочковые тахикардии и внезапная сердечная смерть. Год утверждения 2020 КР 569/1
9. Клиническая рекомендация ГКМП – Гипертрофическая кардиомиопатия. Год утверждения 2020 КР 283/1