Для заказа доставки данной работы воспользуйтесь поиском на сайте по ссылке: <http://www.mydisser.com/search.html>

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ’Я УКРАЇНИ

ЗАПОРІЗЬКА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ

 На правах рукопису

НАКОНЕЧНИЙ СЕРГІЙ ЮРІЙОВИЧ

УДК 616.12-005.4-089-07:615.22

**ОСОБЛИВОСТІ РЕМОДЕЛЮВАННЯ ЛІВОГО ШЛУНОЧКА У|біля| ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ З|із| ПІСЛЯІНФАРКТНИМ КАРДІОСКЛЕРОЗОМ ПРОТЯГОМ ТРИРІЧНОГО|трьохлітнього| СПОСТЕРЕЖЕННЯ ПІСЛЯ|потім| АОРТОКОРОНАРНОГО ШУНТУВАННЯ**

14.01.11 - кардіологія

Дисертація на здобуття наукового ступеня

кандидата медичних наук

 Науковий керівник

 Фуштей Іван Михайлович

 доктор медичних наук, професор

Запоріжжя-2009

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ, СИМВОЛІВ, ОДИНИЦЬ, СКОРОЧЕНЬ І ТЕРМІНІВ………………………………………………………………………………6

ВСТУП …………………………………………………………………………………8

РОЗДІЛ 1. ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ ...……………………………………………...…13

* 1. Сучасні можливості хірургічної реваскуляризації хворих на ішемічну хворобу серця …………………………………………..………………….…………13
	2. Особливості структурно-геометричних і функціональних змін міокарда лівого шлуночка у хворих на ішемічну хворобу серця після прямої реваскуляризації міокарда ………………………………………...………………....17
	3. Терапевтична тактика ведення хворих на ішемічною хворобою серця після аортокоронарного шунтування ………………………………………………..….…19
		1. Антитромбоцитарні засоби …………..…..……………..…………………….19
		2. Ефективність ліпідознижуючих препаратів…….……………………………22
		3. Роль бета-блокаторів у вторинній профілактиці ішемічної хвороби серця…………………………………………………………………...………………25
		4. Роль інгібіторів ангіотензинперетворюючого ферменту у вторинній профілактиці ішемічної хвороби серця……………………………………………...27

РОЗДІЛ 2. ОБ’ЄКТ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ…………………….…….……...31

2.1. Загальна характеристика обстежуваних хворих ………………...…………...31

2.2. Методи дослідження……………………………………………………………40

2.2.1. Методика електрокардіографічного дослідження…………………………...40

2.2.2. Тест з дозованим фізичним навантаженням на велоергометрі…………......40

2.2.3. Методика дослідження ехокардіографії……………………………………...42

2.2.4. Метод селективної коронарної ангіографії………………………………......43

2.2.5. Дослідження рівня холестерину………………………………………………43

2.3. Статистична обробка отриманих результатів…………………………….........44

РОЗДІЛ 3. ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА КОРОНАРОГРАФІЇ, СТРУКТУРНО-ГЕОМЕТРИЧНИХ І ФУНКЦІОНАЛЬНИХ ПАРАМЕТРІВ ЛІВОГО ШЛУНОЧКА, ТОЛЕРАНТНОСТІ ДО ФІЗИЧНОГО НАВАНТАЖЕННЯ, РІВНЯ ЗАГАЛЬНОГО ХОЛЕСТЕРИНУ І ХОЛЕСТЕРИНУ ЛІПОПРОТЕЇДІВ НИЗЬКОЇ ЩІЛЬНОСТІ У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ БЕЗ І З Q-ІНФАРКТОМ МІОКАРДА З ПОКАЗАННЯМИ ДО АОРТОКОРОНАРНОГО ШУНТУВАННЯ………………………………………………………………………..45

3.1. Коронарографія, структурно-геометричні і функціональні параметри лівого шлуночка, толерантність до фізичного навантаження і рівень загального холестерину і холестерину ліпопротеїдів низької щільності у хворих на ІХС без і з Q-інфарктом міокарда в анамнезі з показаннями до АКШ ……………............45

3.1.1. Коронарографія у хворих на ІХС без Q-інфаркту міокарда в анамнезі з показаннями до АКШ.………………………………………………………………..45

3.1.2. Структурно-геометричні і функціональні параметри ЛШ у хворих на ІХС без Q-інфаркту міокарда в анамнезі з показаннями до АКШ...………………...49

3.1.3. Толерантність до фізичного навантаження у хворих на ІХС без Q-інфаркту міокарда в анамнезі з показаннями до АКШ…………...…………………………..51

3.1.4. Рівень загального холестерину і холестерину ліпопротеїдів низької щільності у хворих на ІХС без Q-інфаркту міокарда в анамнезі з показаннями до АКШ..…………………………………………………………………………….........52

3.2. Коронарографія, структурно-геометричні і функціональні параметри ЛШ, толерантність до фізичного навантаження, рівень загального холестерину і холестерину ліпопротеїдів низької щільності у хворих на ІХС з Q-інфарктом міокарда в анамнезі з показаннями до АКШ…...…………………………………...53

3.2.1. Коронарографія у хворих на ІХС з Q-інфарктом міокарда в анамнезі з показаннями до АКШ…………………………………………………………….…..53

3.2.2. Структурно-геометричні і функціональні параметри лівого шлуночка у хворих на ІХС з Q-інфарктом міокарда в анамнезі з показаннями до АКШ…………...…………………………………………………………………..…..57

3.2.3. Толерантність до фізичного навантаження у хворих на ІХС з Q-інфарктом міокарда в анамнезі з показаннями до АКШ…………...………………………..….59

3.2.4. Рівень загального холестерину і холестерину ліпопротеїдів низької щільності у хворих на ІХС з Q-інфарктом міокарда в анамнезі з показаннями до АКШ……………...........................................................................................................60

3.3. Порівняльна характеристика коронарографії, структурно-геометричних і функціональних параметрів ЛШ, толерантності до фізичного навантаження, рівня загального холестерину і холестерину ліпопротеїдів низької щільності у хворих на ІХС без і з Q-інфарктом міокарда в анамнезі з показаннями до АКШ…………………………………………………………………………………...61

 3.3.1. Порівняльна характеристика коронарографії у хворих на ІХС без і з Q-інфарктом міокарда в анамнезі з показаннями до АКШ………...………………61

3.3.2. Порівняльна характеристика структурно-геометричних і функціональних параметрів лівого шлуночка у хворих на ІХС без і з Q-інфарктом міокарда в анамнезі з показаннями до АКШ…………………………………………………….64

3.3.3. Порівняльна характеристика толерантності до фізичного навантаження у хворих на ІХС без і з Q-інфарктом міокарда в анамнезі з показаннями до АКШ……………………………………………………………………………….......66

3.3.4. Порівняльна характеристика рівня загального холестерину і холестерину ліпопротеїдів низької щільності у хворих на ІХС без і з Q-інфарктом міокарда в анамнезі з показаннями до АКШ…………………………………………………….68

РОЗДІЛ 4. РЕЗУЛЬТАТИ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ БЕЗ І З Q-ІНФАРКТОМ МІОКАРДА В АНАМНЕЗІ ПІСЛЯ АОРТОКОРОНАРНОГО ШУНТУВАННЯ………………….71

4.1. Результати комплексного лікування хворих на ІХС без Q-інфаркту міокарда в анамнезі на основних етапах спостереження після АКШ………………………….71

4.1.1. Динаміка структурно-геометричних і функціональних параметрів лівого шлуночка у хворих на ІХС без Q-інфаркту міокарда на основних етапах спостереження після АКШ…………………………………………………………...71 4.1.2. Динаміка показників тестів навантаження у хворих на ІХС без Q-інфаркту міокарда в анамнезі на основних етапах спостереження після АКШ……………..89

4.1.3. Динаміка рівня холестерину у хворих на ІХС без Q-інфаркту міокарда в анамнезі на основних етапах спостереження після АКШ…..……………………...95

4.2. Результати комплексного лікування хворих ІХС з Q-інфарктом міокарда в анамнезі на основних етапах спостереження після АКШ…………………….......102

4.2.1. Динаміка структурно-геометричних і функціональних параметрів лівого шлуночка у хворих на ІХС з Q-інфарктом міокарда на основних етапах спостереження після АКШ………………………………………………………….102

4.2.2. Динаміка показників тестів навантажень у хворих на ІХС з Q-інфарктом міокарда в анамнезі на основних етапах спостереження після АКШ……………120

4.2.3. Динаміка рівня холестерину у хворих на ІХС з Q-інфарктом міокарда в анамнезі на основних етапах спостереження після АКШ…..……………..….......125

4.3. Порівняльна оцінка ефективності комплексної терапії хворих на ІХС з Q- і без Q-інфаркту міокарда в анамнезі на основних етапах спостереження після АКШ………………………………………………………………………………….133

4.3.1. Результати дисперсійного аналізу структурно-геометричних і функціональних параметрів лівого шлуночка у хворих ІХС з Q- і без Q-інфаркту міокарда в анамнезі через 3 місяці, 1 рік, 2 і 3 роки після АКШ………………..133

4.3.2. Результати дисперсійного аналізу показників тестів навантаження у хворих на ІХС з Q- і без Q-інфаркту міокарда в анамнезі через 3 місяці і 3 роки після АКШ………………………………………………………………………………….138

4.3.3. Результати дисперсійного аналізу показників рівня холестерину у хворих на ІХС з Q- і без Q-інфаркту міокарда в анамнезі через 3 місяці, 1 рік, 2 і 3 роки після АКШ………………………………………………………….………………………140

РОЗДІЛ 5 ОБГОВОРЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ……………………………………….145

ВИСНОВКИ………………………………………………………………………….157

ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ…………………………………………………….160

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ…………………………………………...161

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ, СИМВОЛІВ, ОДИНИЦЬ, СКОРОЧЕНЬ І ТЕРМІНШВ

АК – антагоністи кальцію

АКШ – аортокоронарне шунтування

АТ – артеріальний тиск

ББ – бета-блокатори

ВГА – внутрішня грудна артерія

ВЕМ – велоергометрія

ВМН – внутрішньоміокардіальне напруження

ГТК – гілка тупого краю

ДГ – діагональна гілка

ЕКГ – електрокардіографія

ЕХОКГ – ехокардіографія

ЗСЛШ – задня стінка лівого шлуночка

ЗХС – загальний холестерин

ІАПФ – інгібітори ангіотензинперетворюючого ферменту

ІКДО – індекс кінцевого діастолічного об'єму

ІКСО – індекс кінцевого систолічного об'єму

ГІМ – гострий інфаркт міокарда

ІММЛШ – індекс маси міокарда лівого шлуночка

ІОМ – індексу об'єм-маса

ІХС – ішемічна хвороба серця

КА – коронарна артерія

КГ – коронарографія

КДО – кінцевий діастолічний об'єм

КДР – кінцевий діастолічний розмір

КЗФСО – коефіцієнт загального фізичного стану обстежуваного

КСО – кінцевий систолічний об'єм

КСР – кінцевий систолічний розмір

ЛШ – лівий шлуночок

ЛКА – ліва коронарна артерія

ЛП – ліве передсердя

НМСК – належне максимальне споживання кисню

ММЛШ – маса міокарда лівого шлуночка

МШП – міжшлуночкова перетинка

ОА – огинаюча артерія

ПІКС – постінфарктний кардіосклероз

ПКА – права коронарна артерія

ПМША – передня міжшлуночкова артерія

СН – серцева недостатність

Ст.ЛКА – стовбур лівої коронарної артерії

УО – ударний об'єм

ФВ – фракція викиду

ФК – функціональний клас

ХС ЛПНЩ – холестерин ліпопротеїдів низької щільності

ЧСС – частота серцевих скорочень

ВСТУП

**Актуальність теми.** Ішемічна хвороба серця (ІХС) – одна з найбільш актуальних соціально-медичних проблем сучасності. Не зважаючи на досягнуті за останнє десятиріччя вражаючі успіхи в профілактиці і лікуванні ІХС, вона, як і раніше, займає провідні позиції в структурі захворюваності населення розвинених індустріальних країн.

Головним патогенетичним фактором ІХС є атеросклеротичне ураження коронарних артерій (Пархоменко А.Н., Лутай Я.М., 2000). Використання дезагрегантів, β-блокаторів, статинів, нітратів, інгібіторів АПФ дозволило значно покращити результати медикаментозної терапії ІХС. Проте у цілого ряду пацієнтів медикаментозна терапія виявляється неефективною, що і зумовлює застосування сучасних методів хірургічного лікування – аортокоронарного шунтування (АКШ) (Соловьев Г.М., Шаенко О.Ю., 1999).

Критеріями ефективності прямої реваскуляризації міокарда, як правило, є повнота відновлення кровообігу по ураженим коронарним артеріям і поліпшення скоротливої функції лівого шлуночка (ЛШ) (Белов О.В., Вараксин В.А., 2003). Разом з цим спостерігають різні результати операції АКШ у пацієнтів, порівняних по тяжкості початкового стану (Мамонтов О.В., Максимова Т.С., Пизин В.М., Бродская И.С., 2002).

Проте при оцінці результатів реваскуляризації необхідно враховувати стан перфузії міокарда і його насосної функції, а також вираженість ремоделювання ЛШ (зміна геометрії, об'єму, гіпертрофію міокарда) (Белов О.В., Вараксин В.А., 2003). З практичної точки зору, важливо зрозуміти, як впливає реваскуляризація на структурно-геометричні і функціональні зміни міокарда ЛШ, чи залежить ефективність операції від початкового ступеня ремоделювання ЛШ. Не менш важливим є питання про те, що вважати позитивним ефектом лікування: процеси зворотного ремоделювання або тільки уповільнення і припинення прогресування патологічного ремоделювання (Агеев Ф.Е., Скворцов А.А. и др., 2000).

Відновлення кровопостачання сегментів міокарда з порушеною кінетикою сприяє припиненню процесів ремоделювання ЛШ і поліпшенню післяопераційного прогнозу. Оскільки зменшення маси міоцитів і неміоцитарні фактори (зростаючий стрес стінки ЛШ, порушення геометрії ЛШ) грають виражену роль в розвитку посляінфарктної дисфункції ЛШ, реваскуляризація дисфункціонуючого міокарда дозволяє перервати порочне коло між дегенерацією кардіоміоцитів і прогресуючим розповсюдженням фіброзу, сприяючим подальшому пошкодженню клітин (Тимофеева И.В., Суханов С.Г. и др., 2006).

У найближчому післяопераційному періоді і впродовж подальших 1-3 років відбувається зменшення як діастоличних, так і систолічних розмірів ЛШ. Це сприяло поліпшенню насосної функції ЛШ і супроводжувалося тенденцією до зменшення маси міокарда і об'єму ЛШ, але не тому, що процес дилатації ЛШ випереджав гіпертрофію міокарда, а тому, що відпадала необхідність зайвої маси міокарда, оскільки ЛШ набував до цього часу оптимальних структурно-геометричних пропорцій (Тимофеева И.В., Суханов С.Г. и др., 2006; Погурельская Е.П., Следзевская И.К., Бабий Л.Н., 2009). Разом з цим на сьогодні залишается невизначенним вплив реваскуляризації на структурно-геометричні і функціональні зміни міокарда ЛШ, чи залежить ефективність операції від початкового ступеня ремоделювання ЛШ і що вважати позитивним ефектом лікування: процеси зворотного ремоделювання або тільки уповільнення і припинення прогресування патологічного ремоделювання у хворих на ІХС з Q- і без Q-інфаркту міокарда в анамнезі в найближчому і віддаленому періодах після АКШ.

**Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами.** Робота виконувалася з основним планом науково-дослідної роботи кафедри терапії, клінічній фармакології і ендокринології Запорізької медичної академії післядипломної освіти МОЗ України і є фрагментом планової наукової теми «Імунологічні аспекти розвитку ендотеліальної дисфункції і змін кадіогемодинаміки у хворих на ішемічну хворобу серця та визначення ролі факторів ризику в їх формуванні» (№ Держреєстрації 301054002396, Шифр ВН.Р.01.10.02.-05).

**Мета дослідження.** Оцінити особливості ремоделювання лівого шлуночка у хворих на ІХС з Q- і без Q-інфаркту міокарда в анамнезі в найближчому і віддаленому періодах після АКШ, та удосконалити методи діагностики порушень внутрішньосерцевої гемодинаміки у хворих на ІХС з Q- і без Q-інфаркту міокарда в анамнезі з показаннями до прямої реваскуляризації.

**Завдання дослідження:**

1. Вивчити особливості коронарного кровообігу, внутрішньосерцевої гемодинаміки, толерантності до фізичного навантаження, рівня загального холестерину (ЗХС) і холестерину ліпопротеїдів низької щільності (ХС ЛПНЩ) у хворих на ІХС з Q- і без Q-інфаркту міокарда в анамнезі з показаннями для АКШ.
2. Провести порівняльний аналіз даних коронарографії (КГ), ехокардіографії (ЕХОКГ), велоергометрії (ВЕМ), рівня ЗХС і ХС ЛПНЩ у хворих на ІХС з Q- і без Q-інфаркту міокарда в анамнезі до АКШ.
3. Прослідкувати в динаміці через 3 місяці, 1, 2 і 3 роки після АКШ зміни структурно-геометричних і функціональних параметрів ЛШ та особливості його ремоделювання, показники толерантності до фізичного навантаження, рівень ЗХС і ХС ЛПНЩ у хворих на ІХС з Q- і без Q-інфаркту міокарду в анамнезі після АКШ.
4. Вивчити життєвий прогноз хворих на ІХС з Q- і без Q-інфаркту міокарда в анамнезі після АКШ.

**Наукова новизна.** Вперше проведено зіставлення змін коронарного кровопостачання за даними коронарографії та ехокардіографії у хворих на ІХС з Q- і без Q-інфаркту міокарда в анамнезі з показаннями для АКШ. Встановлено, що у хворих на ІХС без Q-інфаркту міокарда в анамнезі при проведенні КГ виявлений переважно правий тип кровообігу, частіше зустрічається трисудинне ураження коронарного русла, стенози стовбура лівої коронарної артерії (ЛКА) і передньої міжшлуночкової артерії (ПМША). Ступінь стенозу ПМША асоціюється із збільшенням кінцевого діастолічного об’єму (КДО) ЛШ (r=0,28; Р<0,05). У хворих на ІХС з Q-інфарктом міокарда в анамнезі також виявлений переважно правий тип кровопостачання, у 50,0 % пацієнтів має місце трисудинне ураження, у 97,8 % – ураження ПМША. Ступінь стенозу ПМША асоціюється із збільшенням кінцевого систолічного об’єму (КСО) ЛШ (r=0,9997; Р<0,01).

Вперше проведено тривале (трирічне) динамічне спостереження за хворими на ІХС з Q- і без Q-інфаркту міокарда в анамнезі, що перенесли АКШ, з аналізом етапів формування ремоделювання ЛШ. Встановлено, що динаміка структурно-геометричних і функціональних показників ЛШ у хворих на ІХС з Q-інфарктом міокарда в анамнезі характеризувалася зменшенням індексу КДО (ІКДО) ЛШ на 11,2 % (Р<0,001), індексу КСО (ІКСО) ЛШ – на 19,0 % (Р<0,001), товщини стінок і маси міокарда ЛШ (ММЛШ) – на 18,8 % (Р<0,001), збільшенням фракції викиду (ФВ) ЛШ на 8,8 % (Р<0,001) через 3 місяці після АКШ, подальшим зменшенням ІКСО ЛШ на 5,4 % (Р<0,02) і збільшенням ФВ ЛШ на 3,7 % (Р<0,04) впродовж 2-го року спостереження. На першому і третьому році після АКШ не виявлено змін ФВ ЛШ, що свідчить про стабілізацію процесів ремоделювання ЛШ. У хворих на ІХС без Q-інфаркту міокарда в анамнезі через 3 місяці після АКШ спостерігалося зменшення лінійних і об'ємних показників, товщини стінок і ММЛШ на 8,6 % (Р<0,001), збільшення ФВ ЛШ на 5,8 % (Р<0,001). До кінця 1-го року ФВ ЛШ виросла на 3,1 % (Р<0,02), продовжувалося зменшення лінійних і об'ємних параметрів ЛШ. На другому році спостереження мало місце зменшення тільки КСО на 6,1 % (Р<0,001) і приріст ФВ ЛШ на 3,4 % (р<0,002). На третьому році спостереження виявлено подальше зменшення лінійних і об'ємних показників ЛШ, ММЛШ на 3,7 % (Р<0,001), збільшення ФВ ЛШ на 1,9 % (Р<0,03).

 **Практичне значення отриманих результатів.** Запропонований новий підхід до комплексної оцінки структурно-геометричних (ІКДО, ІКСО, ІММЛШ) та функціональних показників (внутрішньоміокардіальне напруження (ВМН), ФВ) лівого шлуночка. Показано, що хворі на ІХС з Q- і без Q-інфаркту міокарда в анамнезі, що перенесли АКШ, потребують комплексного обстеження з вивченням структурно-геометричних, функціональних показників ЛШ, коефіцієнта загального фізичного стану обстежуваного (КЗФСО), толерантності до фізичного навантаження, рівня ЗХС і ХС ЛПНЩ на етапах спостереження: 3 місяці, 1, 2 і 3 роки після хірургічного втручання. Доведена безпека і ефективність тривалого трирічного використання дезагрегантів, бета-блокаторів, статинів, інгібіторів АПФ у хворих що перенесли АКШ.

**Впровадження результатів дослідження в практику.** Основні результати проведеного дослідження впроваджені в лікувальну практику терапевтичних та кардіологічних відділень Запорізької обласної клінічної лікарні, 9-ї і 10-ї міських лікарнь, Запорізькому обласному клінічному кардіологічному диспансері та використовуються на кафедрах терапії та кардіології Запорізької медичної академії післядипломної освіти МОЗ України.

**Апробація результатів роботи.** Результати роботи доповідалися і обговорювалися на конференціях асоціації серцево-судинних хірургів України (Київ, 2003, 2007, 2008 і 2009 р.р.), XI-му Всеросійському з'їзді серцево-судинних хірургів (Москва 23-26 жовтня 2005 р.), на засіданні кафедри терапії, клінічної фармакології та ендокринології Запорізької медичної академії післядипломної освіти МОЗ України, протокол № 10 від 5 листопада 2008 р.

**Публікації.** За матеріалами дисертації опубліковано 6 статей і 2 тези у виданнях, затвержених ВАК України; 3 роботи написано без співавторів. Опубліковані роботи повністю відображають основні положення дисертації.

ВИСНОВКИ

Дисертаційна робота вирішує актуальні задачі сучасної кардіології: на підставі трирічного вивчення структурно-геометричних і функціональних показників серця, даних ангіографії, біохімічного дослідження ліпідів крові визначена висока ефективність комплексної медикаментозної і хірургічної (АКШ) корекції, визначені особливості ремоделювання лівого шлуночка у хворих ІХС з післяінфарктним кардіосклерозом.

1. У хворих на ІХС без Q-інфаркту міокарда в анамнезі, при проведенні коронарографії виявлений переважно правий тип кровообігу, частіше зустрічається трисудинне ураження коронарного русла, стенози стовбура ЛКА і ПМША. Ступінь стенозу ПМША асоціюється із збільшенням КДО ЛШ (r=0,28; Р<0,05). У хворих на ІХС з Q-інфарктом міокарда в анамнезі також виявлений переважно правий тип кровопостачання, у 50,0 % пацієнтів має місце трисудинне ураження, у 97,8 % – ураження ПМША. Ступінь стенозу ПМША асоціюється із збільшенням КСО ЛШ (r=0,9997; Р<0,01).

2. Структурно-геометричні і функціональні показники ЛШ у хворих на ІХС без Q-інфаркту міокарда в анамнезі характеризуються збільшенням дилатації порожнини ЛШ з переважним збільшенням КСО (16,7 %; Р<0,04), збільшенням товщини ЗСЛШ (11,3 %; Р<0,03), ММЛШ (16,6 %; Р<0,02), ВМН (21,0 %; Р<0,001) і зниженням ФВ ЛШ (8,2 %; Р<0,001), толерантності до фізичного навантаження (8,1 %; Р<0,001) і КЗФСО (16,1 %; Р<0,001) в порівнянні з групою контролю. Структурно-геометричні і функціональні показники ЛШ у хворих на ІХС з Q-інфарктом міокарда в анамнезі характеризуються збільшенням КСО (47,1 %; Р<0,002) і КДО (24,8 %; Р<0,003), дилатацією ЛП (5,3 %; Р<0,04), збільшенням товщини ЗСЛШ (18,5 %; Р<0,001) і МШП (14,6 %; Р<0,04), ММЛШ (31,7 %; Р<0,002) і ВМН (32,9 %; Р<0,001), зниженням ФВ ЛШ (14,9 %; Р<0,001), толерантності до фізичного навантаження (11,1 %; Р<0,001) і КЗФСО (19,6 %; Р<0,001) в порівнянні з групою контролю.

3. У хворих на ІХС без Q-інфаркту міокарда в анамнезі через 3 місяці після АКШ спостерігалося зменшення лінійних і об'ємних показників ЛШ, товщини стінок і ММЛШ на 8,6 % (Р<0,001), збільшення ФВ ЛШ на 5,8 % (Р<0,001). До кінця 1-го року ФВ ЛШ виросла на 3,1 % (Р<0,02), продовжувалося зменшення лінійних і об'ємних параметрів ЛШ. На другому році спостереження мало місце зменшення тільки КСО на 6,1 % (Р<0,001) і приріст ФВ ЛШ на 3,4 % (р<0,002). На третьому році спостереження виявлено подальше зменшення лінійних і об'ємних показників систол і діастол ЛШ, товщини МШП на 2,8 % (Р<0,01) і ММЛШ на 3,7 % (Р<0,001), збільшення ФВ ЛШ на 1,9 % (Р<0,03). Позитивна динаміка структурно-геометричних і функціональних показників ЛШ супроводжувалася збільшенням КЗФСО на 6,4 % (Р<0,001) і толерантності до фізичного навантаження на 6,1 % (Р<0,001) вже через 3 місяці після АКШ і що досягаючи свого максимального значення до кінця 3-го року спостереження.

4. Динаміка структурно-геометричних і функціональних показників ЛШ у хворих на ІХС з Q-інфарктом міокарда в анамнезі характеризувалася зменшенням ІКДО ЛШ на 11,2 % (Р<0,001), ІКСО ЛШ – на 19,0 % (Р<0,001), товщини стінок і ММЛШ – на 18,8 % (Р<0,001), збільшенням ФВ ЛШ на 8,8 % (Р<0,001) через 3 місяці після АКШ, подальшим зменшенням ІКСО ЛШ на 5,4 % (Р<0,02) і збільшенням ФВ ЛШ на 3,7 % (Р<0,04) впродовж 2-го року спостереження. На першому і третьому році після АКШ не виявлено зрушень ФВ ЛШ, що свідчить про стабілізацію процесів ремоделювання ЛШ. Також спостерігалося збільшення толерантності до фізичного навантаження через 3 місяці після АКШ на 6,5 % (Р<0,0001), а через 3 роки – на 26,6 % (Р<0,0001).

5. Комплексна медикаментозна терапія з включенням статинів у хворих на ІХС без Q-інфаркту міокарда в анамнезі асоціювалася із зниженням ЗХС на 15,1 % (Р<0,003) і ХС ЛПНЩ на 13,0 % (Р<0,03) вже через 3 місяці після АКШ і стабільним утриманням рівня холестерину на протязі 3-х років спостереження. У хворих на ІХС з Q-інфарктом міокарда в анамнезі під впливом комплексної медикаментозної терапії з включенням статинів відмічається зниження ЗХС на 11,6 % (Р<0,02), ХС ЛПНЩ – на 17,3 % (Р<0,003) через 3 місяці після АКШ, до кінця 1-го року ХС ЛПНЩ додатково знизився на 8,2 % (Р<0,04). Впродовж 2-го року спостереження ЗХС і ХС ЛПНЩ залишалися стабільними. На 3-му році виявлено подальше зниження ХС ЛПНЩ ще на 24,9 % (Р<0,001).

6. За даними дисперсійного аналізу, у хворих на ІХС з Q-інфарктом міокарда в анамнезі переважають об'ємні показники ЛШ до операції і на всіх етапах спостереження після АКШ. До кінця першого року після реваскуляризації з'являються достовірні відмінності ФВ ЛШ (нижче на 5,5 %; Р<0,01), а до кінця 2-го року – ІММЛШ (більше на 8,0 %; Р<0,01), в порівнянні з аналогічними показниками у хворих на ІХС без Q-інфаркту міокарда в анамнезі.

7. Толерантність до фізичного навантаження у хворих на ІХС з Q- і без Q-інфаркту міокарда в анамнезі через 3 місяці після АКШ не мала статистично значущих відмінностей, а через 3 роки була вище на 5,9 % (Р<0,001) у хворих на ІХС без Q-інфаркту міокарда в анамнезі.

8. На протязі трирічного спостереження в обох групах хворих на ІХС не зареєстровано жодного смертельного випадку після АКШ.

ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

1. Хворим на ІХС показано комплексне обстеження з вивченням структурно-геометричних (ІКДО, ІКСО, ІММЛШ) та функціональних показників ЛШ (ВМН, ФВ), коефіцієнта загального фізичного стану і толерантності до фізичного навантаження, рівня холестерину на етапах: 3 місяці, 1, 2 і 3 роки після АКШ.

2. Хворим на ІХС з Q- і без Q-інфаркту міокарда в анамнезі після АКШ показана тривала, не менше 3-х років, комплексна медикаментозна терапія з включенням дезагрегантів, бета-блокаторів, статинив, інгібіторів АПФ.

3. Хворим на ІХС, які перенесли Q-інфаркт міокарда, показано комплексне лікування з обов’язковою прямою реваскуляризацією, за умов наявності периферичного дистального кровообігу.

4. Хворим на ІХС після прямої реваскуляризації міокарда показано диспансерне спостереження на етапах: 3 місяці, 1, 2 і 3 роки.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Агеев Ф.Е., Скворцов А.А., Мареев В.Ю., Беленков Ю.Н. Сердечная недостаточность на фоне ишемической болезни сердца: некоторые вопросы эпидемиологии, патогенеза и лечения // Рус. мед. журн. 2000;15-16:622-626.
2. Акчурин Р.С. Хирургическое лечение ишемической болезни сердца – история и современность. «Микрохирургия в России. 30 лет развития». М.: ГЭОТАР-Медиа, 2005.
3. Акчурин Р.С., Ширяев А.А., Галяутдинов Д.М. Показания к операции коронарного шунтирования у больных с различным течением ИБС. Рус. мед. журн. 2002; 10 (19): 871–873.
4. Акчурин Р.С., Ширяев А.А., Бранд Я.Б., Королев С.В., Галяутдинов Д.М., Васильев В.П. Реконструктивная микрохирургия коронарных артерий: опыт первых 2000 операций. Сборник статей по Материалам Всероссийской научно–практической конференции “Современные технологии хирургии ишемической болезни сердца”. М., 2001, с.13–15.
5. Александров А.А. β-блокаторы и сахарный диабет: август 2004. Рус. мед. журнал 2004; 12 (15): 953–956.
6. Амосова Е.Н. Гиполипидемическая терапия при ишемической болезни сеодуца // Украинский кардиологический журнал. – 2002. – №6. – С. 13-18.
7. Амосова Е.Н. Рекомендации Европейского общества кардиологов по диагностики и лечению стабильной стенокардии: что нового? // Терапия. – 2006. – № 11. – С. 12.
8. Амосова Е.Н. Вторичная профилактика ишемической болезни сердца: роль ингибиторов ангиотензинпревращающено фермента // Український кардіологічний журнал. – 2005. – №2. – С.8-12.
9. Антропова О.Н., Ефремушкин Г.Г., Михайлова О.Ю. Применение симвастатина (Вазилип, KRKA) у пожилых больных с ишемической болезнью сердца. Рус. мед. журнал. 2005; 13 (7): 428–429.
10. Арипов М.А., Бережинский И.В., Иващенко А.А.// Ишемическое ремоделирование левого желудочка: методологические аспекты, вопросы диагностики и лечения/ под ред. Л.А. Бокерия и др. – М., 2002.
11. Аретинский В.Б., Антюфьев В.Ф. Особенности восстановительного лечения пациентов после хирургической реваскуляризации миокарда. Сб. науч. статей. Современные технологии восстановительной медицины. Медицинская реабилитация пациентов с болезнями сосудов сердца и мозга. Екатеринбург: УГГГА, 2004; 38–90.
12. Арутюнов Г.П. β-блокаторы и сердечная недостаточность. Сердечная недостаточность 2002; № 1: 27–28.
13. Аронов Д.М., Лупанов В.П. Вторичная профилактика хронической ишемической болезни сердца. Лечащий врач 2004; № 7: 66–70.
14. Аронов Д.М., Лупанов В.П. Атеросклероз и коронарная болезнь сердца. М.; АЛЕВ–В, 2008. –252 с.
15. Ахмедова О.О., Гаврилов Ю.В., Петрий В.В. и др. Антигипертензивная эффективность **кардиоселективных** β-адреноблокаторов метопролола и небиволола при монотерапии у больных мягкой и умеренной артериальной гипертензией в сочетании с сахарным диабетом. Российский кардиологический журнал 2003; № 2: 44–48.
16. Безюк Н.Н. Антитромбоцитарные препараты – лекарственные средства, без которых эффективное лечение пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями невозможно // Український медичний часопис - №4(48) – VII/VIII 2005. – С.49-55.
17. Беленков Ю.Н. Дисфункция левого желудочка у больных ИБС: современные методы диагностики, медикаментозной и немедикаментозной коррекции. Русский медицинский журнал. 2000; 8 (17): 312 – 316.
18. Беленков Ю.Н., Саидова М.А. Оценка жизнеспособности миокарда: клинические аспекты, методы исследования // Кардиология.-1999.-№1.-С.6-11.
19. Белов Ю.В., Вараксин В.А. Современное представление о постинфарктном ремоделировании левого желудочка. Рус Мед Журнал. 2002; 10: 469-472.
20. Белов Ю. В., Вараксин В. А. Структурно-геометрические изменения миокарда и особенности центральной гемодинамики при постинфарктном ремоделировании левого желудочка // Кардиология. – 2003. – № 1. – С.19-23.
21. Белов Ю.В., Вараксин В.А. Постинфарктное ремоделирование левого желудочка сердца: от концепции к хирургическому лечению. – М., 2002.
22. Белов О.В., Вараксин В.А. Особенности структурно-функциональных изменений миокарда после коронарного шунтирования у больных с постинфарктным ремоделированием левого желудочка // Кардиология. – 2003. - №2. – С. 7-12.
23. Белов Ю.В., Вараксин В.А.Хирургическое ремоделирование левого желудочка при постинфарктных аневризмах. Грудная и сердечно-сосудистая хир.- 2000. - №3. –С. 68-72.
24. Беркович О.А., Беляева О.Д., Баженова Е.А., и др. Влияние статинов на функциональное состояние эндотелия сосудов у больных ишемической болезнью сердца. Рус. мед. журн. 2002; 10: 874-877.
25. Бокерия Л.А., Бузиашвили Ю.И., Ключников И.В. Ишемическое ремоделирование левого желудочка. М.: Издательство НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН, 2002. – С. 9.
26. Бокерия Л.А., Работников В.С., Бузиашвили Ю.И. и др.. Ишемическая болезнь сердца у больных с низкой сократительной способностью міокарда лівого желудочка (діагностика, тактика лечения). – М.: Изд-во НЦССХ им. А.Н. Баку лева РАМН, 2001.
27. Браниште Т., Соколова Р.И., Цыпленкова В.Г. и др. Апоптоз и гибернация кардиомиоцитов перирубцовой зоны как фактор прогрессирования хронической аневризмы. Кардиология 2004;5:6-13 .
28. Бубнова М.Г. Современные подходы к применению ингибиторов антиотензинпревращаюшего фермента для лечения сердечно–сосудистых заболеваний (основные положения рекомендаций Европейского общества кардиологов) Cоnsilium Medicum 2006; том 8, № 11: 101–108.
29. Бузиашвили Ю.И., Ключников И.В., Асымбекова Э.У. и др. Изменение геометрии левого желудочка у больных с обратимой ишемической дисфункцией миокарда после операции реваскуляризации миокарда // Бюлл. НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН. – 2001. – Т.2, №6. – С.232.
30. Бузиашвили Ю.И., Ключников И.В., Асымбекова Э.У. и др. Геометрические критерии диагностики жизнеспособности миокарда // Probl. Biomed. Res. – 2001. – Vol. 6, №1. – Р.90-97.
31. Васюк Ю.А., Серова М.К., Школьник Е.Л., Школьник М.Н., Шупенина Е.Ю. Возможности статинов в патогенетической терапии хронической сердечной недостаточности. Рус. мед. журнал. 2008; 16 (4): 29-33 .
32. Васюк Ю.А., Хадзегова А.Б., Ющук Е.Н. и др. Гибернирующий миокард и процессы постинфарктного ремоделирования левого желудочка. Сердечная недостаточность 2001;4:181-186.
33. Верткин А.Л., Скотников А.С. Исследование ингибиторов **ангиотензинпревращающего** фермента у пациентов, перенесших инфаркт миокарда. Кардиология 2008; 7:14–17.
34. Гаврилов Ю.Б., Сулимов В.А., Маколкин В.И. Сравнение антиангинальной и антиишемической эффективности небиволола и метопролола в лечении стабильной стенокардии напряжения. Кардиоваскулярная терапия и профилактика 2004; № 2: 76–81.
35. Давидович И.М., Петричко Т.А. // Комбинированная терапия амлодипином и лизиноприлом в лечении больных артериальной гипертонией: эффективность низкодозовой комбинации // Терап.архив. – 2006. - № 5. - С.1–4.
36. Дедов И.И., Бондаренко И.З, Александров А.А. Метаболические эффекты небиволола у больных сахарным диабетом 2 типа. Кардиология 2001; № 5, 35–37.
37. Дзяк Г.В., Коваль Е.А., Коркушко О.В., Лутай М.И., Волков В.И., Поливода С.Н. и др. Эффективность и безопасность применения симвастатина у больных с гиперхолестеринемией: результаты многоцентрового клинического исследования // Украинский кардиологический журнал. – 2004. - №4. – С. 19-22.
38. Дисліпідемії: діагностика, профілактика та лікування. Методичні рекомендації Робочої групи з проблем атеросклерозу та хронічних форм ІХС та Робочої групи з проблем метаболічного синдрому, діабету та серцево-судинних захворювань, Украіньского наукового товариства кардіологів. Київ 2007 С.30-38.
39. Документ о соглашении экспертов по блокаторам b1-адренергических рецепторов. Рабочая группа Европейского общества кардиологов по бета-блокаторам. Кардиоваскулярная терапия и профилактика 2005; № 1: 99–124.
40. Евдокимова М.А., Затейщиков Д.А. Место селективного бета–адреноблокатора Конкора (Бисопролола) в лечении ишемической болезни сердца // Фарматека. 2005. №10,21–26.
41. Евдокимова А.Г., Радзевич А.Э., Терещенко О.И и др. Небиволол в лечении ишемической болезни сердца с хронической сердечной недостаточностью. Кардиология 2004; № 2: 15–18.
42. Желнов В.В., Комарова И.С., Петровская Н.В. Ингибиторы АПФ в клинической практике. Рус. Мед. Журнал. 2007; 15 (15): 1135-1142.
43. Задионченко В.С., Шехян Г.Г., Ялымов А.А. Место статинов в терапии больных ишемической болезнью сердца. Рус. Мед. Журнал 2004; 12 (9): 513–518.
44. Заключение экспертов Европейского Общества Кардиологов по применению ингибиторов **ангиотензинпревращающего фермента** при сердечно–сосудистых заболеваниях. Рабочая группа по ингибиторам АПФ Европейского общества кардиологов (Lopez–Sendon J. и др.). Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии 2005; № 1: 49–69.
45. Карпов Ю.А. Ацетилсалициловая кислота – ключевая позиция в первичной и вторичной профилактике сердечно-сосудистых заболеваний и их осложнений. Рус. Мед. Журнал. 2008; 16(11): 1554–1558.
46. Карпов Ю.А. Статины в профилактике и лечении связанных с атеросклерозом заболеваний; эффективность и безопасность. Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии 2005; № 2: 48–53.
47. Карпов Ю.А. Ингибиторы АПФ у больных стабильной ИБС без сердечной недостаточности: эффекты класса и эффективность его представителей. Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии 2005; № 1: 43–48.
48. Карпов Ю.А. Буза. В.В. Статины у больных после коронарного шунтирования: необходимость раннего применения. Кардиология 2005; № 1: 94–97.
49. Карпов Ю.Л., Сорокин Е.В. Стабильная ишемическая болезнь сердца: стратегия и тактика лечения. М.:Реафарм, 2003.
50. Карпов Ю.А., Шубина А.Т. β-блокаторы сегодня: на передовых рубежах в борьбе с сердечно–сосудистыми заболеваниями. Рус. Мед. Журнал 2004; 12(15): 901–904.
51. Кириченко А.А., Манцерова О.А., Лебедева А.Ю., 3Дьячкова Н.В., Волошина Н.М., Мазуров В.И., Нифонтов В.М., Тыренко В.В., Колина И.Г., Черкашина А.Л., Шкодина Н.В., Мазалов К.В., Спиропулос Н.А., Еременко И.А., Кузин А.И. Нестабильная стенокардия: эффективность и переносимость терапии аспирином и аспирином в комбинации с тиклопидином, Кардиология, т.47, 5, с. 24–27, 2007.
52. Книшов Г.В., Лазоришинець В.В., Руденко О.В., Захарова В.П., Плиска О.І., Береговий О.М., Лоскутов О.А. Застосування інгібіторів АПФ на доопераційному етапі при аортокоронарному шунтуванні // Серце і судини. – 2005. – №4. – С.76–80.
53. Кореннова О.Ю. и соат. Клинико-экономическая эффективность ингибиторов антиотензинпревращающего фермента у пациентов с артериальной гипертонией и ишемической болезнью сердца. Кардиология 2008; 6: 51–54.
54. Кокурина Е.В., Шальнова С.А., Калинина А.М., Бочкарева Е.В. Вторичная профилактика ишемической болезни сердца: современный взгляд на проблему. Кардиоваскулярная терапия и профилактика 2004; № 6, часть II: 81–86.
55. Красницкий В.Б. Выбор β-блокатора – залог успеха лечения больных ишемической болезнью сердца и артериальной гипертонией. Рус. Мед. журнал. 2008; 16(29): 1916–1923.
56. Кукес В.Г., Сычев Д.А., Андреев Д.А. Клиническая фармакология b–адреноблокаторов. Рус. Мед. Журнал. 2005; 14: 932–938.
57. Кухарчук В.В. Итоги XIV Международного конгресса по атеросклерозу. Кардиологический вестник 2006; том 1, № 2: 68–71.
58. Кухарчук В.В. Современные подходы к коррекции нарушений липидного обмела. Рус. Мед. Журнал. 2007; 28: 2144-2149.
59. Кухарчук В.В., Бубнова М.Г., Кательницкая Л.И. и др. Эффективность и безопасность симвастатина у пациентов с гиперхолестеринемией (результаты многоцентрового клинического исследования). Кардиология 2003; 5: 42–47.
60. Логачева И.В., Павленко Е.П., Зотов И.Л. Сравнительная оценка длительного применения β-адреноблокаторов у пожилых больных тяжелой сердечной недостаточностью. Сердечная недостаточность 2004, том 5, № 6: 292– 294.
61. Лупанов В.П. Комбинированная терапия больных ишемической болезнью сердца и артериальной гипертензией. Медицинский научно-практический журнал «Лечащий врач». – 2007. - №1. – С. 41 – 45.
62. Лупанов В.П. Роль бета–адреноблокаторов в лечении и прогнозе жизни больных хронической ишемической болезнью сердца. Рус. Мед. Журнал 2002; № 10: 450–457.
63. Лупанов В.П. Стабильная стенокардия: тактика лечения и ведения больных в стационаре и амбулаторных условиях. Рус. Мед. Журнал. 2003; 9: 556–563.
64. Лупанов В.П. Терапия симвастатином нарушений липидного обмена – важный фактор вторичной профилактики атеросклероза. Рус. Мед. Журнал. 2003; 9: 1587–1593.
65. Лупанов В.П. Показания к медикаментозному и хирургическому лечению больных с хроническими формами ИБС. Атмосфера 2004;3:16-18.
66. Маколкин В.И. Небиволол – β-адреноблокатор с вазодилатирующими свойствами. Атмосфера. Кардиология 2005; № 4: 34–37.
67. Маколкин В.И., Сулимов В.А., Гаврилов Ю.В. и др. Оценка эффективности и безопасности применения β-адреноблокатора третьего поколения небиволола у больных со стабильной стенокардией напряжения. Кардиология 2002; №2: 34–37.
68. Маликов В.Е. Руководство по реабилитации больных ишемической болезнью сердца после операции аортокоронарного шунтирования. – М.: Изд-во НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН, 1999.
69. Мамонтов О.В., Максимова Т.С., Пизин В.М., Бродская И.С. Динамика структурно-функциональных показателей сердечно-сосудистой системы у больных ишемической болезнью сердца после прямой реваскуляризации миокарда // Кардиология. – 2002. – № 5. – С. 48-51.
70. Марцевич С.Ю. Снижение риска сердечно–сосудистых осложнений с помощью лекарственных препаратов: данные доказательной медицины и рекомендации практическим врачам. Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии 2008; № 4: 76–79.
71. Медикаментозне лікування стабільної стенокардії. Методичні рекомендації Робочої групи з проблем атеросклерозу та хронічних форм ІХС Асоціації кардіологів України. Київ 2008. С.9-14
72. Миронков Б.Л. Оценка функционального состояния и эффективности реваскуляризации миокарда у больных с осложненными формами ишемической болезни сердца: Дис. ... дра мед. наук. М., 2000. 180 с.
73. Небиеридзе Д.В., Оганов Р.Г. Метаболические и сосудистые эффекты β-адреноблокаторов. Справочник поликлинического врача 2007; № 5: 27–31.
74. Некрасова Н.И., Патарая С.А., Преображенский Д.В., Сидоренко Б.А. Небиволол – b-адреноблокатор третьего поколения в лечении сердечно-сосудистых заболеваний. Рус. Мед. Журнал. 2008; 16(5): 277–285.
75. Нечесова Т.А., Коробко И.Ю., Кузнецова Н.И. Ремоделирование левого желудочка: патогенез и методы оценки // **Медицинские новости. – 2008. – №11. – С. 7-13.**
76. Оганов Р.Г., Кокурина Е.В. β-адреноблокаторы при хронической стабильной ишемической болезни сердца. Тер. архив 2007; № 3: 92– 96.
77. Осия А.О., Свиридова А.Ю., Тарасенко О.Ф., Шилов А.М. Место кардиоселективных β-адреноблокаторов в практике лечения сердечно–сосудистых заболеваний. Рус. Мед. Журнал. 2009; 17(24): 219 – 224.
78. Основные положения рекомендаций Европейского общества кардиологов по ведению больных стабильной стенокардией (2006). Эффективная фармакотерапия в кардиологии и ангиологии. 2007. №2, 1–9.
79. Пархоменко А.Н., Иркин О.И. Постинфарктное ремоделирование сердца: патогенез и подходы к оптимизации терапии // Украинский кардиологический журнал. – 2002. - №6. – С. 29-37.
80. Перепеч Н.Б., Михайлова И.Е. Современные β-адреноблокаторы: диапазон свойств и обоснование предпочтений. Сердце 2004; № 3: 130–136.
81. Петросян Ю.С., Зингерман Л.С. Коронарография. М: Медицина 1974.
82. Петросян Ю.С., Иоселиани Д.Г. О суммарной оценке состояния коронарного русла у больных ишемической болезнью сердца. Кардиология 1976;12:41-48.
83. Подзолков В.И., Осадчий К.К. Сердечно–сосудистый континуум: могут ли ингибиторы АПФ разорвать «порочный круг». Рус. Мед. Журнал. 2008; 16(17): 1102–1109.
84. Погурельская Е.П, Следзевская И.К., Бабий Л.Н. Состояние внутрисердечной гемодинамики и ее значение для эффективности аортокоронарного шунтирования при наблюдении в течение года // Український кардіологічний журнал. – 2009. - №1. – С.20-23.
85. Преображенский Д.В., Батыралиев Т.А., Пересыпко М.К. и др. Антиатерогенные эффекты ингибиторов **ангиотензинпревращающего** фермента с позиций медицины, основанной на доказательствах. Часть I. Кардиология 2006; № 3: 57–63.
86. Рыбакова М.К., Алехин М.Н., Митьков В.В. Практическое руководство по ультразвуковой диагностике. Эхокардиография. М.: Издательство дом Видар-М, 2008. – С. 101-120.
87. Рылова А.К., Розанов А.В. Терапия b–блокаторами в специальных группах пациентов, страдающих ХСН (обзор результатов анализа в подгруппах исследований CIBIS II, СОМЕТ, COPERNICUS и MERIT HF). Сердце 2003;2(4):193–6.
88. Саидова М.А., Беленко Ю.Н., Акчурин Р.С. и др. Жизнеспособный миокард: сравнительная оценка хирургических методов лечения больных ишемической болезнью сердца с постинфарктным кардиосклерозом и хронической сердечной недостаточностью // Терапевт. арх. – 2002. – С. 60-64.
89. Следзевская И.К., Бабий Л.Н., Строганова Н.П., Голубь Н.С. Оптимизация оценки систолической функции миокарда с использованием пропорции «золотого сечения» у больных с постинфарктным кардиосклерозом после операции аортокоронарного шунтирования // Укр. кардіол. журн. – 2005. – № 5. – С. 43-45.
90. Соколова Р.И., Жданов В.С. Механизмы развития и проявления "гибернации" и "станнинга" миокарда // Издательство Медиа Сфера. – 2005. – №6. – С. 23-26. [68].
91. Соловьев Г.М., Шаенко О.Ю. Актуальные вопросы хирургического лечения ишемической болезни сердца // Кардиология.-1997.-№4.-С.76-79.
92. Творогова М.Г. Обратный транспорт холестерина. Кардиология 2001;2:66-72.
93. Тепляков А.Г., Рыбальченко Е.В., Аптекарь В.Д. и др. Эволюция коронарной недостаточности после аортокоронарного шунтирования у больных, перенесших инфаркт миокарда: результаты 5-летнего проспективного наблюдения // Кардиология. – 2001. – № 4. – С. 34-38.
94. Тимофеева И.В., Суханов С.Г. и др.  Особенности обратного ремоделирования сердца после коронарного шунтирования у больных ишемической болезнью сердца с Q-позитивным ИМ в анамнезе // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2006. – № 5 (7). – С. 44-49.
95. Французова С.Б., Плиска О.І., Ренін-ангіотензинова система, її блокатори та їх місце в патогенезі й лікуванні захворювань серцево-судинної системи // ліки. – 2000. –№3-4. – С.61–66.
96. Цветкова О.А. Эффективность и безопасность симвастатина и его дженериков. Рус. Мед. Журнал. 2007; 4: 282– 284.
97. Чернышева И.Е., Семитко С.П., Буракова Н.В., Иоселиани Д.Г. Влияние лечения симвастатином на предупреждение рестеноза после ангиопластики коронарных артерий: данные 6-месячного наблюдения. Кардиология 2004;6:13-18.
98. Шабалкин Б.В. Становление и развитие коронарной хирургии // Грудн. и серд.-сосуд. хирургия. – 2001. - №2. – С. 50-53.
99. Шиллер Н., Осипов М.А. Клиническая эхокардиография. – 2-е изд. – М.: Практика, 2005. – С. 62-73.
100. Ширяев А.А., Васильев В.П., Галяутдинов Д.М. и др. Сравнительный анализ применения множественного и одиночного аутоартериального коронарного шунтирования. Основные проблемы хирургического лечения ишемической болезни сердца. Воронеж, 1999; с. 10-2.
101. Шумаков В.А., Малиновская И.Э., Соколов Ю.Н. и др. Взаимосвязь характера поражения венечного русла с особенностями гемодинамики и коронарного резерва у больных с ранней постинфарктной стенокардией // Укр. кардіол. журн. – 2000. – № 3. – С. 8-9.
102. Шумаков В.И. Восстановление функции жизнеспособного миокарда в течении первого года после его реваскуляризации у больных с ишемической кардиомиопатией // Кардиология.-1999.
103. AСС/АНА 2002 Guidelines Update for the management of patients with chronic stable angina – summary article. A Report of the ACC/AHA Task Force on Practice Guidelines [Committee on management of patients with chronic stable angina] Circulation 2003; 107: 149–158.
104. Al–Mallah M.M., Tleyjeh I., Abdel–Latif A. et al. Ингибиторы АПФ улучшают прогноз при ИБС. Мета–анализ результатов крупных клинических исследований. Ишемическая болезнь сердца 2006: № 1: 12.
105. American Diabetes Association: Standards of medical care in diabetes – 2008. Diabetes Care2008; 31 (Suppl. 1): S12-S54.
106. Angiolillo DJ, Bernardo E, Palazuelos J, et al. Functional impact of high clopidogrel maintenance dosing in patients undergoing elective percutaneous coronary interventions. Results of a randomized study. Thromb Haemost. 2008 Jan;99(1):161–8.
107. Angiolillo DJ, Shoemaker SB, Desai B, et al. Randomized comparison of a high clopidogrel maintenance dose in patients with diabetes mellitus and coronary artery disease: results of the Optimizing Antiplatelet Therapy in Diabetes Mellitus (OPTIMUS) study. Circulation. 2007 Feb 13;115(6):708–16.
108. Bates K., Ruggeroli C.E., Goldman S., Gaballa M.A. Simvastatin restores endothelial NO–mediated vasorelaxation in large arteries after myocardial infarction. Am J Physiol Heart Circ Physiol. 2002; 283: H768–75.
109. Beinart S.C., Kolm P., Veledar E., Zhang Z., Mahoney E.M., Bouin O., Gabriel S., Jackson J., Chen R., Caro J., Steinhubl S., Topol E., Weintraub W.S.(2005) Long-term cost effectiveness of early and sustained dual oral antiplatelet therapy with clopidogrel given for up to one year after percutaneous coronary intervention results: from the Clopidogrel for the Reduction of Events During Observation (CREDO) trial. J. Am. Coll. Cardiol., 2005, 46(5): 761–769.
110. Beluzzi F., Sernesi L., Preti P. et al. Prevention of recurrent lone atrial fibrillation by the angiotensin II converting enzyme ingibitor ramipril in normotensive patients. J Am Coll Cardiol 2009; 53(1): 30–31.
111. Berger JS, Frye CB, Harshaw Q, et al. Impact of clopidogrel in patients with acute coronary syndromes requiring coronary artery bypass surgery: a multicenter analysis. J Am Coll Cardiol. 2008 Nov 18;52(21):1693–701.
112. Bertrand M.E., Simoons M.L., Fox K.A., Wallentin L.C., Hamm C.W., McFadden E., De Feyter P.J., Specchia G., Ruzyllo W.; Task Force on the Management of Acute Coronary Syndromes of the European Society of Cardiology(2002) Management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation. Eur. Heart. J., 23(23): 1809–1840.
113. Beteridge D.J. The interplay cardiovascular risk factors in the metabolic syndrome and type 2 diabetes. European Heart Journal (Supplements G). 2004. Vol.6, 3 – 7.
114. Biondi–Zoccai G.G.L.,. Lotrionte M, Agostoni P., et al. A systematic review and meta–analysis on the hazards of discontinuing or not adhering to aspirin among 50 279 patients at risk for coronary artery disease. Eur. Heart J, 2006; 27: 2667–2674.
115. Bleske B.E. et al. Neutral Effect on Markers of Heart Failure, Inflammation, Endothelial Activation and Function, and Vagal Tone After High–Dose HMG–CoA Reductase Inhibition in Non–Diabetic Patients With Non–Ischemic Cardiomyopathy and Average Low–Density Lipoprotein Level J Am Coll Cardiol 2006; 47:338–41.
116. Bosch J., Lonn E., Pogue J. et al. HOPE/HOPE–TOO Study Investigators. Long– term effects of ramipril on cardiovascular events and on diabetes: results of the HOPE study extension. Circulation 2005; 112(9):1339–1346.
117. Braunwald E., Domanski M.J., Fowler S.E. et al. PEACE Trial Investigators. Angiotensin–converting–enzyme inhibition in stable coronary artery disease. N Engl J Med 2004; 351: 2058–2068.
118. Brunzell J.D., DavidsonM., Furberg C.D., et al. Lipoprotein Management in Patients With Cardiometabolic Risk. Consensus statement from the American Diabetes Association and the American College of Cardiology Foundation. Diabetes Care2008; 31: 811-822.
119. Bhatt D.L., Marso S.P., Hirsch A.T., Ringleb P.A., Hacke W., Topol E.J.(2002) Amplified benefit of clopidogrel versus aspirin in patients with diabetes mellitus. Am. J. Cardiol., 90(6): 625–628.
120. Bhatt D.L., Chew D.P., Hirsch A.T., Ringleb P.A., Hacke W., Topol E.J.(2001) Superiority of clopidogrel versus aspirin in patients with prior cardiac surgery. Circulation, 103(3): 363–368.
121. Bundkirchen A., Brixius K., Bolck B. et al. b1-adrenoceptor selectivity of nebivolol and bisoprolol. A comparison of [3H] CGP 12.177 and [125I] iodocyanopindolol bimding studies. – Europ. J. Pharmacol., 2003; 460: 19–26. [(76)]
122. Callahan A.S. 3rd. Vascular pleiotropy of statins: clinical evidence and biochemical mechanisms. Curr Atheroscler Rep. 2003 Jan;5(1):33–7.
123. Cannon C.P., Braunwald E, McCabe CH, et al. Comparison of intensive and moderate lipid lowering with statins after acute coronary syndromes. The Pravastatin or Atorvastatin Evaluation and Infection Therapy–Thrombolysis In Myocardial Infarction (TIMI)–22 Investigators. N Engl J Med 2004; 350:15–24.
124. Cannon C.P.; CAPRIE Investigators (2002) Effectiveness of clopidogrel versus aspirin in preventing acute myocardial infarction in patients with symptomatic atherothrombosis (CAPRIE trial). Am. J. Cardiol., 90(7): 760–762.
125. Centers for Disease Control and Prevention Prevalence of heart disease MMWR. Surveill Summ 2007; 56:113–118.
126. COMMIT collaborative group(2005) Addition of clopidogrel to aspirin in 45 852 patients with acute myocardial infarction: randomised placebo-controlled trial. Lancet, 366(9497): 1607–1621.
127. Conti CR. Updated pathophysiologic concepts in unstable coronary artery disease. Am Heart J 2001; 141 (2 Suppl): S12–4.
128. Chan F.K., Ching J.Y., Hung L.C., Wong V.W., Leung V.K., Kung N.N., Hui A.J., Wu J.C., Leung W.K., Lee V.W., Lee K.K., Lee Y.T., Lau J.Y., To K.F., Chan H.L., Chung S.C., Sung J.J.(2005) Clopidogrel versus aspirin and esomeprazole to prevent recurrent ulcer bleeding. N. Engl.J. Med., 352(3): 238–244.
129. Chassot PG, Delabays A, Spahn DR. Perioperative antiplatelet therapy: the case for continuing therapy in patients at risk of myocardial infarction. Br J Anaesth. 2007 Sep;99(3):316–28.
130. Crisby M. Modulation of the inflammatory process by statins. Timely Top Med Cardiovasc Dis. 2005 Mar 1;9:E3.
131. Czuriga I., Riecansky I.,Bodnar J. et al. Comparison of the new cardioselective beta–blocker nebivolol with bisoprolol in hypertension: the Nebivolol, Bisoprolol Multicenter Study (NEBIS). Cardiovasc Drug Ther 2003; 17(3): 257–263.
132. De Backer G., Ambrosioni E., Borch-Johnsen K., Brotons C., Cifkova R., Dallongeville J., Ebrahim S., Faergeman O., Graham I., Mancia G., Manger Cats V., Orth-Gomer K., Perk J., Pyorala K., Rodicio J.L., Sans S., Sansoy V., Sechtem U., Silber S., Thomsen T., Wood D.; Third Joint Task Force of European and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice(2003) European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. Third Joint Task Force of European and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice. Eur. Heart J., 24(17): 1601–1610.
133. Diener H.C., Bogousslavsky J., Brass L.M., Cimminiello C., Csiba L., Kaste M., Leys D., Matias-Guiu J., Rupprecht H.J.; MATCH investigators(2004) Aspirin and clopidogrel compared with clopidogrel alone after recent ischaemic stroke or transient ischaemic attack in high-risk patients (MATCH): randomised, doubleblind, placebo-controlled trial. Lancet, 364(9431): 331–337.
134. Dubach P., Myers J., Bonetti P. et al. Effects of bisoprolol fumarate on left ventricular size, function, and exercise capacity in patients with heart failure: analysis with magnetic resonance myocardial tagging. Am. Heart J. 2002; 143(4): 676–683.
135. Dupuis J. Mechanisms of acute coronary syndromes and the potential role of statins. Atheroscler Suppl 2001; 2:9–14.
136. Eagle KA, Guyton RA, Davidoff R et al. ACC/AHA 2004 guideline update for coronary artery bypass graft surgery: summary article: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Committee to Update the 1999 Guidelines on Coronary Artery Bypass Graft Surgery). Circulation 2004; 110: 1168–76.
137. EUROASPIRE I and II Group; European Action on Secondary Prevention by Intervention to Reduce Events(2001) Clinical reality of coronary prevention guidelines: a comparison of EUROASPIRE I and II in nine countries. EUROASPIRE I and II Group. European Action on Secondary Prevention by Intervention to Reduce Events. Lancet, 357(9261): 995–1001.
138. European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. Third joint Task Force of European and other societes on cardiovascular disease prevention in clinical practice (constituted by representatives of eight societes and invited experts). Executive summary // Eur. Heart J. – 2003. – Vol. 24. – P. 1601-1610.
139. Expert consensus document on angiotensin converting enzyme inhibitors in cardiovascular disease. The Task Force on ACE– inhibitors of the European Society of Cardiology. Eur. Heart J. 2004; 25: 1454–70. [(77)]
140. Feigenbaum H. Echocardiography. – 6th ed. – Philadelphia: Lippincot Williams & Wilkins, 2005. – P 181-203.
141. Felmeden D.C., Lip G.Y.(2005) Antithrombotic therapy in hypertension: a Cochrane Systematic review. J. Hum. Hypertens., 19(3): 185–196.
142. Flather M.D., Shibata M.C., Coats A.J. et al, Randomized trial to determine the effect of nebivolol on mortality and cardiovascular hospital admission in elderly patients with heart failure (SENIORS). Eur Heart J 2005; 26: 215–225.
143. Fox K., Alonso Garcia M.A., Ardissino D. et al. Guidelines on the management of stable angina pectoris. The Task Force on the Management of Stable Angina Pectoris of the European Society of Cardiology // Europ. Heart J. — 2006. — Vol. 27, № 11. — P. 1341-1381.
144. Fox K.A., Mehta S.R., Peters R., Zhao F., Lakkis N., Gersh B.J., Yusuf S.; Clopidogrel in Unstable angina to prevent Recurrent ischemic Events Trial(2004) Benefits and risks of the combination of clopidogrel and aspirin in patients undergoing surgical revascularization for non-ST-elevation acute coronary syndrome: the Clopidogrel in Unstable angina to prevent Recurrent ischemic Events (CURE) Trial. Circulation, 110(10): 1202–1208.
145. Fukuta H., Sane D.C., Brucks S., Little W.C. Statin therapy may be associated with lower mortality in patients with diastolic heart failure. Circulation. 2005; 112:357–363.
146. Giannuzzi P., Temporelli P.L., Bosimini E. Heterogeneity of left ventricular remodeling after acute myocardial infarction: results of the Echo Substudy // Am. Heart. J. – 2001. – Vol. 141. – P. 131-138.
147. Gibbons R.J. et al. ACC/AHA 2002 Guideline Update for Exercise Testing. Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Committee on Exercise Testing) American College of Cardiology Foundation — www.acc.org; American Heart Association — [www.americanheart.org](http://www.americanheart.org).
148. Grines C.L. The role of statins in reversing atherosclerosis: what the latest regression studies show. J Interv Cardiol. 2006; 19(1): 3–9.
149. Gruberg L., Montalescot G.(2005) ALBION: Assessment of the Best Loading Dose of Clopidogrel to Blunt Platelet Activation, Inflammation and Ongoing Necrosis. Paris Course on Revascularization - EuroPCR 2005: http://www.medscape.com/viewarticle/508074.
150. Guidelines on the management of stable angina pectoris – executive summary. The Task Force on the Management of stable angina pectoris of the European Society of Cardiology (Fox K. et al.). Eur Heart J 2006; 27: 1341–1381.
151. Gurgun C. et al. The effects of short term statin treatment on left ventricular function and inflammatory markers in patients with chronic heart failure. Int J Cardiol 2007, [Epub ahead of print] doi:10.1016/j.ijcard.2006.11.152.
152. Halcox J.P., Deanfield J.E. Beyond the laboratory: clinical implications for statin pleiotropy. Circulation. 2004 Jun 1;109(21 Suppl 1):II42–8.
153. Halkos ME, Cooper WA, Petersen R, et al. Early administration of clopidogrel is safe after off–pump coronary artery bypass surgery. Ann Thorac Surg. 2006 Mar;81(3):815–9.
154. Hassan H.H., Denis M., Krimbou L. Cellular cholesterol homeostasis in vascular endothelial cells. Can J Cardiol. 2006 Feb;22 Suppl B:35B–40B.
155. Hennekens C.H., Hollar D., Baigent C. Sex–Related Differences in Response to Aspirin in Cardiovascular Disease: An Untested Hypothesis. Nat Clin Pract Cardiovasc Med. 2006; 3(1): 4–5.
156. Ide T., Tsutsui H., Hayashidani S. Mitochondrial DNA Damage and Dysfunctions Associated With Oxidative Stress in Failing Hearts After Myocardial Infarction // Circ. Res. – 2001. –Vol. 88. – P. 529-535.
157. James McKenney The Report of the National Lipid Association Statin Safety Task Forse Am J Cardiol. 2006: 97:Sup.
158. Jander S., Jaszewski R., Zaslnka J., Iwaszkiewicz A. Wyniki pomostowania tetnic wienowych u mezczyzn do 45 roku. Wiad Lek 2000;45:923-931.
159. John R, Choudhri AF, Weinberg AD et al. Multicenter review of preoperative risk factors for stroke after coronary artery bypass grafting. Ann Thorac Surg 2000; 69: 30–5.
160. Judkins M.P. Selective coronary arteriography, a percutaneous transfemoral technic. Radiology 1967;89:815-822.
161. Kjekshus J. Rosuvastatin in Older Patients with Systolic Heart Failure. N Engl J Med 2007;357.
162. Klein B.E., Klein R., Lee K.E. Components of the Metabolic Syndrome and risk of cardiovascular disease and diabetes in Beaver Dam. Diabetes Care. 2002, 25, 1790 – 1794.
163. Komajda M, Follath F, Swedberg K, et al. The Study Group of Diagnosis of the Working Group on Heart Failure of the European Society of Cardiology. The EuroHeart Failure Survey programme – a survey on the quality of care among patients with heart failure in Europe. Eur Heart J 2003; 24(5): 464–74.
164. Koning L., Merchant A.T., Pogue J. and all. Waist circumference and waist–to–hip ratio as predictors of cardiovascular events: meta–regression analysis of prospective studies. European Heart Jornal. 2007. Vol.28(7), 850–856.
165. LaRosa J.C., Grundy S.M., Waters D.D., Shear C., Barter P., Fruchart J.C. et al. Intensive lipid lowering with atorvastatin in patients with stable coronary disease. N Engl J Med 2005; 352:1425–35.
166. Lai T., Fallon J.T., Liu J. et al. Reversibility and pathohistological basis of left ventricular remodeling in hibernating myocardium // Cardiovasc. Pathol. – 2000. – V. 9. – P.323–35.
167. Leong JY, Baker RA, Shah PJ, Cherian VK, Knight JL. Clopidogrel and bleeding after coronary artery bypass graft surgery. Ann Thorac Surg. 2005 Sep;80(3):928–33.
168. Levit K., Ryan K., Elixhauser A. et al. HCUP Facts and Figures: Statistics on Hospital–based Care in the United States, 2005. Agency for Healthcare Research and Quality Web site. http://www.hcup–us.ahrq.gov/reports/annualreport/HAR 2005. Accessed June 2, 2008.
169. Lefevre P. Ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента: одинаковы ли они? Ишемическая болезнь сердца 2006; № 1: 7–10.
170. Liao J.K. Clinical implications for statin pleiotropy. Curr Opin Lipidol. 2005 Dec;16(6):624–9.
171. Lynn GM, Stefanko K, Reed JF et al. Risk factors for stroke after coronary artery bypass. J Thorac Cardiovascular Surg 2000; 104 (6): 1518–23.
172. Management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation. The Task Force of the Management of Acute Coronary Syndromes of the European Society of Cardiology // Eur. Heart J. – 2002. – Vol. 23. – P. 1809-1841.
173. Management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation. The Task Force of the Management of Acute Coronary Syndromes of the European Society of Cardiology // Eur. Heart J. – 2003. – Vol. 24. – P. 28-67.
174. Markus H.S., Droste D.W., Kaps M., Larrue V., Lees K.R., Siebler M., Ringelstein E.B.(2005) Dual antiplatelet therapy with clopidogrel and aspirin in symptomatic carotid stenosis evaluated using doppler embolic signal detection: the Clopidogrel and Aspirin for Reduction of Emboli in Symptomatic Carotid Stenosis (CARESS) trial. Circulation, 111(17): 2233–2240.
175. Miki T.,Miura T.,Tsuchida A. Cardioprotective mechanism of ischemic preconditioning is impaired by postinfarct ventricular remodeling through angiotensin II type I receptor activation // J. Cardiol. – 2001. – Vol. 37. – P. 112-113.
176. Moen M.D., Wagstaff A.J. Nebivolol: a review of its use in the management of hypertension and chronic heart failure. Drugs 2006; 66(10): 1389–1409.
177. Montalescot G, Wiviott SD, Braunwald E, et al.; TRITON–TIMI 38 investigators.Prasugrel compared with clopidogrel in patients undergoing percutaneous coronary intervention for ST–elevation myocardial infarction (TRITON–TIMI 38): double–blind, randomised controlled trial. Lancet. 2009 Feb 28;373(9665):723–31
178. Muller I., Seyfarth M., Rudiger S., Wolf B., Pogatsa-Murray G., Schomig A., Gawaz M.(2001) Effect of a high loading dose of clopidogrel on platelet function in patients undergoing coronary stent placement. Heart, 85(1): 92–93.
179. National Cholesterol Education Program Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults: Executive summary of the Third Report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III). JAMA285: 2486-2497, 2001.
180. Ng D.S. The role of statins in oxidative stress and cardiovascular disease. Curr Drug Targets Cardiovasc Haematol Disord. 2005 Apr;5(2):165–75.
181. Nielsen AB, Bochsen L, Steinbruchel DA. Hypercoagulability and platelet inhibition after OPCAB. Randomized intervention with clopidogrel. Scand Cardiovasc J. 2007 Oct;41(5):325–30.
182. Nissen SE, Tuzcu EM, Schoenhagen P, et al., for the REVERSAL Investigators. Effect of intensive compared with moderate lipidlowering therapy on progression of coronary atherosclerosis. JAMA 2004;291:1071– 80.
183. Nordmann AJ, Bucher HC. Mortality in randomized controlled trials comparing drug–eluting vs. bare metal stents in coronary artery disease: a meta–analysis Eur Heart J 2006; 27(23): 2784–2814.
184. O’Riordan JM, Margey RJ, Blake G, O’Connell PR. Antiplatelet agents in the perioperative period. Arch Surg. 2009 Jan;144(1):69–76.
185. Packer M, Coats AJS, Fowler MB, for the Carvedilol Prospective Randomized Cumulative Survival Study Group (COPERNICUS). Effect of Carvedilol on Survival in Severe Chronic Heart Failure. NEJM 2001; 344 (22): 1651–8.
186. Patrianakos AP, Parthenakis FI, Mavrakis HE, et al. Effects of Nebivolol on left ventricular function and exercise capacity in patients with non–ischaemic dilated cardiomyopathy. A randomized placebo–controlled study. Hell J Cardiol 2005; 46(3): 199–207.
187. Patrono C., Bachmann F., Baigent C., Bode C., De Caterina R., Charbonnier B., Fitzgerald D., Hirsh J., Husted S., Kvasnicka J., Montalescot G., Garcia Rodriguez L.A., Verheugt F., Vermylen J., Wallentin L., Priori S.G., Alonso Garcia M.A., Blanc J.J., Budaj A., Cowie M., Dean V., Deckers J., Fernandez Burgos E., Lekakis J., Lindahl B., Mazzotta G., Morais J., Oto A., Smiseth O.A., Morais J., Deckers J., Ferreira R., Mazzotta G., Steg P.G., Teixeira F., Wilcox R.; European Society of Cardiology(2004) Expert consensus document on the use of antiplatelet agents. The task force on the use of antiplatelet agents in patients with atherosclerotic cardiovascular disease of the European society of cardiology. Eur. Heart J., 25(2): 166–181.
188. Patti G., Colonna G., Pasceri V., Pepe L.L., Montinaro A., Di Sciascio G.(2005) Randomized trial of high loading dose of clopidogrel for reduction of periprocedural myocardial infarction in patients undergoing coronary intervention: results from the ARMYDA-2 (Antiplatelet therapy for Reduction of MYocardial Damage during Angioplasty) study. Circulation, 111(16): 2099–2106.
189. Patti G., Melfi R., Di Sciascio G. The role of endothelial dysfunction in the pathogenesis and in clinical practice of atherosclerosis. Current evidences. Recenti Prog Med. 2005 Oct;96(10):499–507.
190. Peters R.J., Mehta S.R., Fox K.A., Zhao F., Lewis B.S., Kopecky S.L., Diaz R., Commerford P.J., Valentin V., Yusuf S.; Clopidogrel in Unstable angina to prevent Recurrent Events (CURE) Trial Investigators(2003) Effects of aspirin dose when used alone or in combination with clopidogrel in patients with acute coronary syndromes: observations from the Clopidogrel in Unstable angina to prevent Recurrent Events (CURE) study. Circulation, 108(14): 1682–1687.
191. Piette J.D., Heisler M., Krein S., Kerr E.A.(2005) The role of patient-physician trust in moderating medication nonadherence due to cost pressures. Arch. Intern. Med., 165(15): 1749–1755.
192. Ram C.V.S., Deedwania P.C. Angiotensin receptor blockers and cardiovascular protection: are we ONTARGET? Am J Cardiol 2008; 102: 1282–1283.
193. Rauchhaus M., Clark A.L., Doehner W., Davos C., Bolger A., Sharma R., Coats A.J., Anker S.D. The relationship between cholesterol and survival in patients with chronic heart failure. J Am Coll Cardiol 2003; 43:1933–40.
194. Repas T.B. Think Beyond the Numbers, Don’t Forget the Patient. JAOA2008; 108 (5), Suppl. 3, 1-4.
195. Ringleb P.A., Bhatt D.L., Hirsch A.T., Topol E.J., Hacke W.; Clopidogrel Versus Aspirin in Patients at Risk of Ischemic Events Investigators(2004) Benefit of clopidogrel over aspirin is amplified in patients with a history of ischemic events. Stroke, 35(2): 528–532.
196. Rridker PM, Cook NR, Lee IM et al. A Randomised Trial of Low–Dose Aspirin in the Primary Prevention of Cardiovascular Disease in Women. N Engl J of Med, 2005; 352 (13): 1293–304.
197. Sabatine M.S., Cannon C.P., Gibson C.M., Lopez-Sendon J.L., Montalescot G., Theroux P., Claeys M.J., Cools F., Hill K.A., Skene A.M., McCabe C.H., Braunwald E.; CLARITYTIMI 28 Investigators(2005) Addition of clopidogrel to aspirin and fibrinolytic therapy for myocardial infarction with ST-segment elevation. N. Engl. J. Med., 352(12): 1179–1189.
198. Sacco R.L., Sivenius J., Diener H.C.(2005) Efficacy of aspirin plus extended-release dipyridamole in preventing recurrent stroke in high-risk populations. Arch. Neurol., 62(3): 403–408.
199. Serebruany VL, Malinin AI, Pokov A, et al. Effects of clopidogrel and aspirin in combination versus aspirin alone on platelet activation and major receptor expression in diabetic patients: the PLavix Use for Treatment Of Diabetes (PLUTO–Diabetes) trial.Am Heart J. 2008 Jan;155(1):93.e1–7.
200. Serebruany V.L., Steinhubl S.R., Berger P.B., Malinin A.I., Baggish J.S., Bhatt D.L., Topol E.J.(2005) Analysis of risk of bleeding complications after different doses of aspirin in 192,036 patients enrolled in 31 randomized controlled trials. Am. J. Cardiol., 95(10): 1218–1222.
201. Servin F. Low–dose aspirin and clopidogrel: how to act in patients scheduled for day surgery. Curr Opin Anaesthesiol. 2007 Dec;20(6):531–4.
202. Seung K.B., Park D.-W., Kim Y.-H. et al. Stents versus Coronary-Artery Bypass Grafting for Left Main Coronary Artery Disease. N Engl J Med. April 24, 2008;358:1781-92.
203. Sever PS, Dahlof B, Poulter NR, et al. Prevention of coronary and stroke events with atorvastatin in hypertensive patients who have average or lower–than–average cholesterol concentrations, in the Anglo–Scandinavian Cardiac Outcomes Trial–Lipid Lowering Arm (ASCOTLLA): a multicentre randomized controlled trial. Lancet 2003;361:1149–58.
204. Shah PR, Yepes JF, Valenza JA. Combination of aspirin and clopidogrel for the prevention of thrombosis: implications for the dental practitioner. Gen Dent. 2007 Nov–Dec;55(6):517–22.
205. Shi L., Macinko J., Starfield B., Politzer R., Wulu J., Xu J.(2005) Primary care, social inequalities, and all-cause, heart disease, and cancer mortality in US counties, 1990. Am. J. Public Health, 95(4): 674–680.
206. Silber S., Albertsson P., Aviles F.F., Camici P.G., Colombo A., Hamm C., Jorgensen E., Marco J., Nordrehaug J.E., Ruzyllo W., Urban P., Stone G.W., Wijns W.; Task Force for Percutaneous Coronary Interventions of the European Society of Cardiology(2005) Guidelines for percutaneous coronary interventions. The Task Force for Percutaneous Coronary Interventions of the European Society of Cardiology. Eur. Heart J., 26(8): 804–847.
207. Steinhubl S.R., Berger P.B., Mann J.T. 3rd, Fry E.T., DeLago A., Wilmer C., Topol E.J.; CREDO Investigators. Clopidogrel for the Reduction of Events During Observation(2002) Early and sustained dual oral antiplatelet therapy following percutaneous coronary intervention: a randomized controlled trial. JAMA, 288(19): 2411–2420.
208. Stoschitzky K. Additional features of beta–blockers. Heart Drug 2005; 5: 6–10.
209. Sorrentino S., Landmesser U. Nonlipid–lowering Effects of Statins. Curr Treat Options Cardiovasc Med. 2005 Dec;7(6):459–66.
210. Sutton M.J, St. John, Sharp Norman. Left ventricular remodeling after myocardial infarction // Circulation. – 2000. № 101. P. 2981-2986.
211. The EUROPA investigators. Efficacy of perindopril in reduction of cardiovascular events among patients with stable coronary artery disease; randomised, double–blind, placebo–controlled, multicentre trial (the EUROPA study). Lancet 2003; 358: 1033–1041.
212. The European Trial on Reduction of Cardiac Events With Perindopril in Stable Coronary Artery Disease Investigators. Efficacy of perindopril in reduction of cardiovascular events among patients with stable coronary artery disease: randomized, double–blind, placebo–controlled, multicentre trial (the EUROPA study). Lancet 2003;362:782– 8.
213. The Task Force on beta–blockers of the European Society of Cardiology. Expert consensus document on b–adrenegic receptor blockers. – Europ. Heart J., 2004; 25: 1341–1362.
214. Third report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) expert panel on detection, evaluation and treatment of high blood cholesterol in adult (adult treatment panel III). Final report // National Institutes of Health, National Heart, Lung and Blood Institute. – 2001. – 284 p.
215. Toth P.P. Subclinical atherosclerosis: what it is, what it means and what we can do about it. International Journal of Clinical Practice2008; 62 (8), 1246-1254.
216. Tran H., Anand S.S.(2004) Oral antiplatelet therapy in cerebrovascular disease, coronary artery disease, and peripheral arterial disease. JAMA, 292(15): 1867–1874.
217. Trenk D, Hochholzer W, Muller B, et al. Antiplatelet response to the 150–mg maintenance dose of clopidogrel in patients with insufficient platelet inhibition after clopidogrel loading for elective coronary stent placement. EuroIntervention. 2008 Aug;4(2):214–21.
218. Unal B., Critchley J.A., Capewell S.(2004) Explaining the decline in coronary heart disease mortality in England and Wales between 1981 and 2000. Circulation, 109(9): 1101–1107.
219. Valgimigli M, Campo G, de Cesare N, et al. Tailoring treatment with tirofiban in patients showing resistance to aspirin and/or resistance to clopidogrel (3T/2R). Rationale for the study and protocol design. Cardiovasc Drugs Ther. 2008 Aug;22(4):313–20.
220. Vintila M.M. Clinical relevance of differences between various beta–blockers. Heart Drug 2005; 5: 11–13. [(45)]
221. Wang T.H, Bhatt D.L., Topol E.J. Aspirin and clopidogrel resistance: an emerging clinical entity Eur. Heart J. 2006; 27: 647–654.
222. Weber M.A. The role of the new beta–blockers in treating cardiovascular heart disease. Am J Hypertens 2005; Vol. 18, No. 12 (Pt 2): 169S–176S.
223. Weber MA, Bakris GL, Dahlof B et al. Вaseline characteristics in the Avoiding Cardiovascular events through Combination therapy in Patients Living with Systolic Hypertension (ACCOMPLISH) trial: A Hypertensive population at high cаrdiovascular risk. Blood Pressure, 2007; 16: 13–19.
224. Weinstein GS. Left hemispheric strokes in coronary surgery: implications for end-hole aortic cannulas. Ann Thorac Surgery 2001; 71: 128–32.
225. Williams K.J., Feig J.E., Fisher E.A. Rapid Regression of Atherosclerosis: Insights From the Clinical and Experimental Literature. Nature Clinical Practice Cardiovascular Medicine2008; 5 (2): 91-102.
226. Yamada T. et al. Long–term effect of atorvastatin on neurohumoral activation and cardiac function in patients with chronic heart failure: A prospective randomized controlled study Am Heart J 2007; 153:1055.e1–1055.e8.
227. Yoshida H., Tanonaka K., Miyamoto Y. Characterization of cardiac myocyte and tissue beta-adrenergic signal transduction in rats with heart failure // Cardiovasc.Res. – 2001. – Vol. 50. – P. 34-45.
228. Yousef Z.R., Redwood S.R., Marber M.S. // Cardiovascular Drugs and Therapy. – 2000. – Vol. 14. – C. 243–252.
229. Yusuf S., Teo K.K., Pogue J. et al. ONTARGET Investigators. Telmisartan, ramipril or both in patients at high risk for vascular events. N Engl J Med 2008; 358:1547–1559.

Для заказа доставки данной работы воспользуйтесь поиском на сайте по ссылке: <http://www.mydisser.com/search.html>