

**РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА  
ПОСЛЕ ИНТЕРВЕНЦИОННЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ  
(ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)**

*С.Н. Малахова, Н.Я. Доценко, С.С. Боев, И.А. Шехунова, Л.В. Порада*  
*Запорожская медицинская академия последипломного образования,  
б-р Винтера, 20, г. Запорожье, 69096, Украина*

*В настоящее время проведены многие крупные исследования, посвященные сравнению результатов консервативного и оперативного лечения больных ИБС. Они позволили достигнуть определенного консенсуса между кардиологами и хирургами по тактике лечения больных ИБС. Доказано, что эффективность хирургического лечения в ряде случаев превосходит консервативное. С увеличением числа данных операций у отечественных врачей возникла новая проблема – реабилитация данной категории больных. Наиболее разработанным аспектом является медикаментозная реабилитация. Остается актуальным создание единой реабилитационной программы больных ИБС после хирургического лечения с учетом международного опыта и коррекции законодательной базы, что позволит ускорить адаптацию больных и сократить неоправданные затраты.*

В настоящее время проведены многие крупные исследования, посвященные сравнению результатов консервативного и оперативного лечения больных ишемической болезнью сердца (ИБС) – ACIP, TIME, RITA-2, TACTICS – TIMI, ACME, AWESOM, CASS и др. [1-10]. Можно сказать, что они позволили достигнуть определенного консенсуса между кардиологами и хирургами по тактике лечения больных ИБС. Доказано, что эффективность хирургического лечения в ряде случаев превосходит консервативное. В рандомизированных исследованиях положительные результаты оперативного лечения зарегистрированы у 75-90% больных, и только у 5-6% – ухудшение. При этом в контрольных группах, леченных консервативно, только у 10-14% больных не отмечается ангинального синдрома, а более чем у 50% сохраняются приступы стенокардии с частыми нестабильными состояниями. В нерандомизированных исследованиях количество больных с отсутствием симптоматики или улучшением клинического течения ИБС после операций в среднем еще больше: с асимптомным течением – до 75%, с улучшением состояния – до 97%, с ухудшением – 2-5% [11].

В настоящее время в странах Европы около 60% всех операций на сердце приходится на коронарную хирургию. В США аортокоронарное шунтирование (АКШ) составляет 70-75 % от всех операций по поводу заболеваний сердца [11]. Украина в этом плане значительно отстает. Ежегодно на 1 млн населения, по европейским меркам, необходимо выполнять около 350 операций реваскуляризации миокарда [12-19]. В Украине расчетные потребности в этих операциях удовлетворяются менее чем на 10% [15].

С увеличением числа операций по поводу ИБС у отечественных врачей возникла новая проблема – реабилитация данных больных. Сложность обусловлена принципиальными особенностями реабилитации данной категории больных. Тяжесть основного заболевания, хирургическое вмешательство и сложное анестезиологическое пособие, последующая постоперационная перестройка гемодинамики вызывают психогенно-стрессовую реакцию. Последнее приводит к дезадаптации на различных

уровнях - гомеостатическом, поведенческом, психологическом и пр. [20,21]. Очевидно, что следует выявлять категории больных с различным потенциалом восстановления.

По принятым в Украине стандартам реабилитация больных, в том числе и перенесших кардиохирургические вмешательства, включает III этапа:

I Ранний госпитальный (отделение кардиохирургии), обычно 10-21 день.

II Поздний госпитальный (специализированное кардиологическое отделение), в среднем 14-16 дней.

III Санаторный (специализированное отделение санатория местного значения) - 24 дня.

На каждом этапе выполняются следующие задачи [22,23]:

1 Медицинская реабилитация - медикаментозное лечение.

2 Физическая реабилитация - регламентация физических нагрузок, физио- и бальнеотерапия.

3 Психологическая реабилитация - коррекция психологических нарушений, внушение позитивных мыслей, занятия в «Школе для больных».

4 Социальная реабилитация - помощь в разрешении взаимоотношений больного с семьей, обществом. Вопросы трудоустройства и трудоспособности.

Следует отметить, что в России принята другая этапность реабилитации данных пациентов - из кардиохирургического отделения больные сразу переводятся в санаторий [22,23,20], и, таким образом, минует этап реабилитации в кардиологическом отделении.

В странах Западной Европы реабилитация данных больных проводится по упрощенной схеме [24]. Так, из отделения кардиохирургии больной сразу переводится в реабилитационный центр. Далее регламентируется срок визита в клинику, где была произведена операция, и следующий визит - в поликлинику по месту жительства. При этом, кроме оценки состояния и проведения общеклинических исследований, контролируются возможные осложнения.

Оперативное вмешательство при ИБС не влияет на основную причину, потребовавшую реваскуляризации, - атеросклероз. Поэтому основной целью медицинской реабилитации является лечение, направленное на торможение прогрессирования атеросклероза, а также предотвращение окклюзии шунта и некоторые другие. С позиций доказательной медицины [24-26] лицам, перенесшим реваскуляризацию миокарда, рекомендуются следующие группы препаратов:

Антитромбоцитарные препараты и антикоагулянты. Больным ИБС после кардиохирургических вмешательств ацетилсалициловая кислота должна быть назначена в эффективной дозе - 100 - 300 мг/сут. Согласно Национальному консенсусу [26] за 6 часов до запланированного оперативного вмешательства пациент должен принять 300 мг клопидогреля. В дальнейшем на неопределенно долгое время назначается ацетилсалициловая кислота, в течение первых 9-12 месяцев в комбинации с клопидогрелем в дозе 75 мг/сутки. Относительно вопроса о преимуществе комбинации ацетилсалициловой кислоты с тиклопидином или клопидогрелем у больных после стентирования. Обосновывается [27], что клопидогрель обладает более быстрым антитромбоцитарным действием и имеет лучший профиль безопасности, чем тиклопидин. На сегодняшний день проводится ряд крупных исследований, в которых комбинация ацетилсалициловой кислоты с клопидогрелем рассматривается как стандарт лечения пациентов после коронарного стентирования.

Препаратом выбора при пароксизмальной или постоянной форме

фибрилляции и трепетания предсердий, при постинфарктном тромбе в сердце является варфарин. Рекомендуемый уровень международного нормализованного отношения (МНО) 2.0 - 3.0.

По данным АНА/АСС (2001г.), после стентирования показана комбинация клопидогреля 75 мг/сут. с аспирином по 75-160 мг/сут. [28-30] длительностью до 12 месяцев ( $\geq 1$  мес. для непокрытого стента,  $\geq 3$  мес. для стентов с сиролимусом и  $\geq 6$  мес. для стентов с паклитакселем). Первоначально следует назначать более высокие дозы ацетилсалициловой кислоты – 325 мг/день.

Гиполипидемические препараты. Доказано отрицательное влияние дислипидемии на функцию аортокоронарных шунтов и на дальнейшее прогрессирование атеросклероза [31,32]. Для европейцев установлен целевой уровень общего холестерина (ОХС)  $< 4,5$  ммоль/л и для липопротеинов низкой плотности (ХС ЛПНП) -  $< 2,5$  ммоль/л, причем он одинаков для вторичной и первичной профилактики [31,32]. В соответствии с Европейскими рекомендациями больных с клинически выраженной ИБС следует относить к группе высокого риска. Следовательно, все данные пациенты должны получать интенсивную липидснижающую терапию вне зависимости от уровня липидов крови. При невозможности достичь целевых уровней липидов рекомендуется следующая тактика: увеличение дозы статина, замена его на более «мощный» препарат или назначение второго гиполипидемического препарата [32]. В отношении выбора статинов в настоящее время четких установок нет. Однако известно [32], что для достижения однозначного эффекта необходимы дозы ловастатина – 80 мг, симвастатина – 40 мг, аторвастатина 20-80 мг или розувастатина – 10 мг. Необходимо подчеркнуть, что назначение высоких доз данных средств повышает риск развития побочных эффектов. Исходя из того, что пациентам необходима интенсивная липидснижающая терапия, препаратами выбора должны быть аторвастатин, лучше розувастатин. Это особенно актуально в том плане, что практические врачи нередко не контролируют достижения целевых доз препаратов [31,32].

Бета-адреноблокаторы являются препаратами первой линии, что обусловлено их антиаритмическими свойствами, доказанной способностью влиять на ремоделирование миокарда и пр. Основной критерий адекватности дозы препаратов - частота сердечных сокращений (ЧСС). Повышение ЧСС приводит к увеличению нагрузки на стенку артерии и может служить механической причиной разрыва атеросклеротической бляшки [33]. Установлен прямой антиатерогенный эффект снижения ЧСС [33]. Оптимальная ЧСС составляет 50-60 в минуту и менее 50 в 1 мин (АНА/АСС). Такое снижение ЧСС у данных больных способствует быстрейшему развитию коллатерального кровообращения [33]. Частыми осложнениями после операций на сердце являются тахикардии (прежде всего фибрилляция предсердий) [34]. И это является еще одним показанием для назначения бета-адреноблокаторов, а при наличии высокого риска (фибрилляция предсердий в анамнезе, увеличение левого предсердия, порок клапана сердца) – и амиодарона [34,35]. В настоящее время не регламентируется выбор препарата, не доказано, что бета-адреноблокаторы, появившиеся позже, имеют существенные преимущества перед давно применяемыми средствами. Современные рекомендации основаны на исследованиях «старых» препаратов. Эффекты «новых» препаратов изучаются. Мы отдаем предпочтение метопрололу сукцинату, поскольку это средство легко доступно и доказана его эффективность при лечении хронической сердечной недостаточности.

Назначение ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента (ИАПФ) у данных пациентов обусловлено их доказанной способностью

уменьшать число сердечно-сосудистых событий, кардиопротективной активностью [36]. Препаратами выбора являются тканевые ИАПФ – рамиприл и периндоприл (исследования HOPE, MICRO-HOPE, EUROPA и др.) [37,38]. Необходимо помнить о дозозависимом эффекте препаратов в отношении кардиопротекции. Последнее доказано для доз рамиприла – 10 мг, периндоприла – 8 мг.

В современных рекомендациях как дополнительные средства указываются триметазидин и милдронат. Неоднократно показано их положительное влияние после реваскуляризации миокарда [39-42]. Рекомендуемая доза триметазидина 60 мг/сут в течение 6 мес., милдроната – 500-1000 мг/сут. 6 недель [42,43].

Подчеркивается, что у большинства больных после реваскуляризации миокарда симптомы стенокардии исчезают, и, следовательно, они не нуждаются в назначении нитратов. Здесь важно преодолеть психологическую «привязку» пациента к данным средствам. Однако неразумное назначение нитроглицерина наводит больного на мысль о неуспешности проведенной операции.

Физической реабилитации в настоящее время уделяется меньше внимания, чем ранее. Нам не удалось обнаружить современных рекомендаций украинских реабилитологов для больных, перенесших АКШ. Регламентируется ранняя мобилизация и проведение лечебной гимнастики с целью устранения гипостатических и гемодинамических расстройств [15,44]. На 2-3-и сут. после операции начинается ходьба со 100 м 2-3 раза в день. Дистанция увеличивается на 10-20 м ежедневно.

II этап реабилитации предусматривает продолжение расширения двигательного режима и лечебной физкультуры. Противопоказаны упражнения с разведением рук в стороны, подниманием их вверх и отведением назад. К окончанию 2-го этапа реабилитации суточная дистанция должна достигать 800-1000 м в 3 приема при скорости 70-75 шагов в минуту и подъем по лестнице на 1 этаж.

Реабилитации в санатории подлежат работающие больные, при отсутствии послеоперационных осложнений, не нуждающиеся в перевязках, способные к самообслуживанию. На санаторном этапе начинаются физические тренировки. Используется методика индивидуального дозирования физических нагрузок, основанная на принципе их эквивалентности с учетом пороговой мощности. В основу дозирования нагрузок положено определение удельной мощности пороговой нагрузки, достигнутой пациентом при проведении велоэргометрической пробы. Велоэргометрическая нагрузочная проба проводится 1 раз в 10 дней для установления адекватности и эффективности проводимых тренировок. К концу лечения больной должен освоить дистанцию до 3-6 км в сутки, темп ходьбы - 80 - 110 шагов в минуту. ЧСС на высоте нагрузки может увеличиться на 20% и не должна превышать 100-110 ударов в минуту. Лечебная физкультура проводится сначала в щадящем, затем в щадяще-тренирующем режиме и по окончании – в тренирующем. Постепенно увеличивая амплитуду движений, добавляются общеразвивающие упражнения с преимущественной нагрузкой на дистальные отделы конечностей. Упражнения выполняются в медленном темпе продолжительностью до 15 мин 1—2 раза в день. Освоенная лечебная гимнастика проводится в течение 1 года. Показан большой объем физиотерапевтических методов лечения [15,44].

Операции на сердце являются мощным стрессогенным фактором, что требует психологической реабилитации. Большинство пациентов оценивают свои шансы на успех операции и выживание как «50 на 50», а не как реальные 98% [44]. Наиболее значительным предиктором эмоционального дистресса после операции является предшествующий

уровень тревоги и депрессии [44-46]. Большинство больных недостаточно осведомлены о результатах операции, о возможности возвращения к работе и возобновлении сексуальной активности. В результате больной дает собственную интерпретацию болезненных симптомов, избегает малейшей физической активности, которая, по его мнению, может повредить аортокоронарные шунты. Только 15% больных после операции имеют приступы стенокардии, тогда как жалуются на боли в загрудинной области при умеренной физической нагрузке 53%. Нарушения сердечного ритма объективно наблюдаются в 33% случаев, но жалуются на них 70% оперированных [44]. Таким образом, все больные нуждаются в ежедневной психотерапии, проводимой лечащим врачом. При этом обсуждаются вопросы:

- 1) о перспективности операции и реабилитации;
- 2) о степени сексуальной и физической активности;
- 3) тренинг уверенности в себе.

С целью установления доверительных отношений необходимо освоить искусство спокойно реагировать на эмоции больного. Как показывает практика, отечественные врачи имеют слабую практическую подготовку в плане психологической работы с такими больными. Для установления доверительных отношений и внушения позитивного мышления врачам Европы рекомендуется применять следующие стратегии [45]:

– взаимопонимания: "Я вижу, Вы угнетены!" - это утверждение позволяет убедить больного, что его ощущения являются нормальными и понятными;

– поддержка: заявление врача о готовности помочь: "Я тут для того, чтобы помочь. Вы можете рассчитывать на меня";

– партнерское отношение, поощряющее к сотрудничеству: "Я хотел бы услышать про остальные Ваши трудности, и потом мы вместе спланируем, как Вам помочь";

– стратегия уважения, поддерживающая позитивные усилия больного: "Я удивлен, как Вы справляетесь, несмотря на такие обстоятельства".

Проводится «Школа» для больных, перенесших кардиохирургические вмешательства по поводу ИБС. Членам их семей и окружающим людям необходимо специальное "образование", так как наряду с часто неадекватной реакцией пациента на болезнь и инвалидизацию нарушаются взаимоотношения в семье, трудовом коллективе, обществе.

При наличии выраженных симптомов тревоги или депрессии (лучше диагностировать с помощью опросников и шкал) показано назначение антидепрессантов или лечение у психотерапевта.

Действующие законодательные акты Украины часто признают оперированных пациентов инвалидами, что затрудняет в дальнейшем их трудовую и социальную адаптацию [47].

Таким образом, в настоящее время в Украине продолжает накапливаться опыт по ведению больных после операций на сердце. Наиболее разработанным аспектом является медикаментозная реабилитация. На сегодняшний день остается актуальным создание единой реабилитационной программы больных ИБС после хирургического лечения с учетом международного опыта и коррекции законодательной базы, что позволит ускорить адаптацию больных и сократить неоправданные затраты.

## SUMMARY

*Now many large researches devoted to comparison of results of conservative and operative treatment of patients of ischemic heart disease are lead.*

*They have allowed to reach the certain consensus between cardiologists and surgeons on tactics of treatment of patients of ischemic heart disease. It is proved, that efficiency of surgical*

*treatment in some cases surpasses conservative. With increase in number of the given operations domestic doctors had new problem - rehabilitation of the given category of patients. The most developed aspect is medicamentous rehabilitation. There is actual a creation of the uniform rehabilitation program of patients of ischemic heart disease after surgical treatment, in view of the international experience, and correction of legislative base that will allow to speed up adaptation of patients and to reduce unjustified expenses.*

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Pepine C.J., Geller N.X., Knatterud G.L. et al. Asymptomatic Cardiac Ischemia Pilot (ACIP) study: design of a randomized clinical trial, baseline data and implications for a long-term outcome trial // *J. Am. Coll. Cardiol.* - 1994.- Vol. 24.- P. 1-10.
2. Pfisterer M. Long-term outcome in elderly patients with chronic angina managed invasively versus by optimized medical therapy: four-year follow-up of the randomized Trial of Invasive versus Medical therapy in Elderly patients (TIME) // *Circulation.*- 2004.- Vol. 110.- P. 1213-1218.
3. The RITA-2 trial participants. Coronary angioplasty versus medical therapy for angina: the second Randomized Intervention Treatment of Angina (RITA-2) trial. RITA-2 trial participants // *Lancet.*- 1997.- Vol. 350.- P. 461-468.
4. Gibson C.M., Singh K.P., Murphy S.A. et al. Association between duration of tirofiban therapy before percutaneous intervention and tissue level perfusion (a TACTICS-TIMI 18 substudy) // *Am. J. Cardiol.*- 2004.- 94.- P. 492-494.
5. Hartigan P.M., Giacomini J.C., Folland E.D., Parisi A.F. Two- to three-year follow-up of patients with single-vessel coronary artery disease randomized to PTCA or medical therapy (results of a VA cooperative study). Veterans Affairs Cooperative Studies Program ACME Investigators. Angioplasty Compared to Medicine // *Am. J. Cardiol.*- 1998.- Vol. 82.- P. 1445-1450.
6. Morrison D.A., Sethi G., Sacks J. et al. Percutaneous coronary intervention versus repeat bypass surgery for patients with medically refractory myocardial ischemia: AWESOME randomized trial and registry experience with post-CABG patients // *J. Am. Coll. Cardiol.*- 2002.- Vol. 40.- P. 1951-1954.
7. Hoffman S.N., TenBrook J.A., Wolf M.P. et al. A meta-analysis of randomized controlled trials comparing coronary artery bypass graft with percutaneous transluminal coronary angioplasty: one-to eight-year outcomes // *J. Am. Coll. Cardiol.*- 2003.- Vol. 41.- P. 1293-1304.
8. Hoffman S.N., TenBrook J.A., Wolf M.P. et al. A meta-analysis of randomized controlled trials comparing coronary artery bypass graft with percutaneous transluminal coronary angioplasty: one-to eight-year outcomes // *J. Am. Coll. Cardiol.* - 2003. - Vol. 41.- P. 1293-1304.
9. Bhatt D.L., Bertrand M.E., Berger P.B. et al. Meta-analysis of randomized and registry comparisons of ticlopidine with clopidogrel after stenting // *J. Am. Coll. Cardiol.*- 2002.- Vol. 39. - P. 9-14.
10. Kannel W.B. et al. Secular blood pressure trends in normotensive persons: the Framingham Study // *Amer. Heart J.* - 1993. - Vol. 125, № 4. - P. 1154-1158.
11. Акчури Р.С., Ширяев А.А. Актуальные проблемы коронарной хирургии. - М.: Медицина, 2004.- 88 с.
12. Замотаев Ю.Н., Кремнев Ю.А., Мандрыкин Ю.В. Оптимизация системы реабилитации больных ишемической болезнью сердца, перенесших аортокоронарное шунтирование // *Клин. мед.* - 2000. - № 3. - С. 57-59.
13. Кложев В.М. Система лечения и реабилитации больных ишемической болезнью сердца в многопрофильном лечебном учреждении: Автореферат дис... канд.мед.наук.- М., 1999.-48 с.
14. Клячкин Л.М., Щегольков А.М. Медицинская реабилитация больных с заболеваниями внутренних органов: Руководство для врачей. - М., 2000. - С. 149-154.
15. Кохан Е., Быков В. Реабилитация больных, перенесших операцию аортокоронарного шунтирования // *Врач.* - 2003. - №1. - С.15-20.
16. Чазов Е.И. Кардиология начала XXI века. Некоторые проблемы врачевания // *Кардиоваскулярная терапия и профилактика.* - 2003. - №3. - С. 4-9.
17. Тепляков А. Т., Рыбальченко Б. 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. 34-39.
18. Шевченко Ю. Л., Бобров Ю. Л., Обрезан А. Г. и др. Некоторые гемодинамические эффекты коррекции ишемии миокарда методами хирургической реваскуляризации // *Кардиология.* - 2001. - № 7. - С. 20-24.
19. От редакции. Ведение больных после ангиопластики коронарных артерий // *Клиническая фармакология и терапия* - 2004. - №13(14). - С. 11-17.
20. Коробов М.В., Дворкин Э.А., Деденева Ж.Г. Организация и методика разработки индивидуальной программы реабилитации: Учебно-методическое пособие Санкт-Петербургского института усовершенствования врачей-экспертов.- СПб., 1999. - С. 3-4.
21. Кремнев Ю.А., Замотаев Ю.Н., Мандрыкин Ю.В., Новоженков В.Г., Подшибякин С.Е., Косов В.А. Медицинская реабилитация военнослужащих после АКШ // *Военно-*

- медицинский журнал. – 2000. - №2. - С. 52-57.
22. Князева Т. А. Медицинская реабилитация больных ишемической болезнью сердца после операций аортокоронарного шунтирования // Российский медицинский журнал. – 1997. - №4. - С. 24-30.
  23. Приказ от 11 апреля 2005г. №273 Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации. «О долечивании (реабилитации) больных в условиях санатория». Приложение №3.
  24. Клинические рекомендации для практических врачей, основанные на доказательной медицине. – М.: ГЭОТАР-МЕД., 2002. – С. 18-25.
  25. Smith S.C. Jr., Blair S.N., Bonow R.O., Brass L.M., Cerqueira M.D., Dracup K., Fuster V., Gotto A., Grundy S.M., Miller N.H., Jacobs A., Jones D., Krauss R.M., Mosca L., Ockene I., Pasternak R.C., Pearson T., Pfeffer M.A., Starke R.D., Taubert K.A. AHA/ACC Scientific Statement: AHA/ACC guidelines for preventing heart attack and death in patients with atherosclerotic cardiovascular disease: 2001 update: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association and the American College of Cardiology // Circulation. – 2001. - Vol. 104. - P. 1577–1579.
  26. Український національний консенсус. Артеріальні, венозні тромбози та тромбоемболії. Профілактика та лікування: Наукове видання. – К.: ЗДТ "Віпол", 2006. - 72 с.
  27. Deerak L.Bhatt, Michel E. Bertrand, Peter V.Berger. Метаанализ рандомизированных исследований и регистров, сравнивающих эффективность тиклопидина и клопидогреля после операций стентирования // Кровообіг та гемостаз. – 2004. - № 2-3. - С. 61-67.
  28. The Clopidogrel in Unstable Angina to Prevent Recurrent Events Trial Investigators (CURE). Effects of clopidogrel in addition to aspirin in patients with acute coronary syndromes without ST-segment elevation // N. J. Med. – 2001. - Vol. 345. - P. 494-502.
  29. Mehta S., Yusuf S. Peters R. et al. Effects of pretreatment with clopidogrel and aspirin followed by long-term therapy in patients undergoing percutaneous coronary intervention: the PCI-CURE study // Lancet. – 2001. - Vol. 355. - P. 523 -533.
  30. Steinhubl S., Berger P., Mann J. et al. Early and sustained oral antiplatelet therapy following percutaneous coronary intervention. A randomized controlled trial // JAMA. – 2002. - Vol. 288. - P. 2411-2420.
  31. Шишло Л.А., Жбанов И.В., Михайлов Ю.Е. Влияние дислипидемии на состояние коронарного русла и проходимость аортокоронарных шунтов после реваскуляризации миокарда // Кардиология. - 2000. - №10. - С. 22-25.
  32. Амосова Е.Н. Гиполипидемическая терапия при ишемической болезни сердца // Український кардіологічний журнал. – 2002. - №6. - С.13-18.
  33. Лутай М.И. Клиническое значение частоты сокращений сердца для больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями // Український кардіологічний журнал. - 2006. - №1. - С. 23-28.
  34. От редакции. Профилактика предсердных тахикардий после операций на сердце // Клиническая фармакология и терапия. - 2006. - №15 (3). - С. 9-12.
  35. Fuster V., Ryden L., Asinger R. et al. ACC/AHA/ESC Guidelines for the Management of Patients With Atrial Fibrillation: Executive Summary // Circulation. - 2001. – Vol. 104. – P. 2118-2150.
  36. Марев В.Ю. Ингибиторы АПФ. 26 лет позади, а что впереди // Российский медицинский журнал. – 2001. - №12. - С. 12-15.
  37. EUROPA Investigators. Efficacy of perindopril in reduction of cardiovascular events among patients with stable coronary artery disease (EUROPA study) // Lancet. – 2003. - Vol. 362. –P. 782-788.
  38. Дзяк Г.В., Амосова Е.Н., Пархоменко А.Н., Чазов Е.И. Вторичная профилактика сердечно – сосудистых осложнений у пациентов с артериальной гипертензией и ишемической болезнью сердца // Здоров'я України. - 2004. - №19 (104). - С. 2-7.
  39. Pojocski L., Dec I., Wojnar R. et al. Trimetazidine limits the effects of myocardial ischaemia during percutaneous coronary angioplasty // Curr. Med. Res. Opin. – 2002. – Vol. 18. – P. 389-396.
  40. Okocski P., Szram S., Mussur M. et al. Effect of L-arginine on oxygen consumption and haemodynamic function of rats heart exposed to cold cardioplegic ischaemia and reperfusion // Ann Transplant. – 2002. – №7 (2). – P. 28-31.
  41. Банах М., Рыш Я., Заслонка Я. Кардиопротективное влияние введения триметазидина у больных после хирургической реваскуляризации сердца // Медицина неотложных состояний. – 2006. - №3 (4). - С. 73-77.
  42. Божики И. Применение тримектала в лечении ишемической болезни сердца // Новости медицины и фармации. - 2005. - №7(167). - С. 22-25.
  43. Гордеев И.Г., Ильина Е.Е., Любов В.А. Состояние перекисного окисления липидов и защитных антиоксидантных систем после проведения коронарного шунтирования на фоне лечения кардиопротекторами // Российский кардиологический журнал. - 2005. - №1 (51). - С. 12-16.
  44. Замотаев Ю.Н., Кремнев Ю.А., Щегольков А.М. Руководство по медицинской реабилитации больных ИБС, перенесших операцию аортокоронарного шунтирования. – М.: МЗ-Пресс, 2001. - 88 с.
  45. Ахмедов Т.И., Витенко И.С., Гаванко В.Л. Гипносуггестивная психотерапия.- Харьков, 2000. – 230 с.
  46. Бурлаков А.В., Бочарова М.В. Психические расстройства в предоперационном периоде

- аортокоронарного шунтирования // Психиатрия и психотерапия. – 2003. - № 6. - С. 12-15.  
47. Разумов А. Медицина в системе здравоохранения и медицинской науки // Врач. – 2003. – №1. - С. 8-9.

**С.Н. Малахова**, кафедра кардиологии  
Запорожской медицинской академии  
последипломного образования;

**Н.Я. Доценко**, д-р мед. наук, профессор кафедры  
кардиологии Запорожской медицинской  
академии последипломного образования;

**С.С. Боев**, канд. мед. наук, доцент кафедры  
кардиологии Запорожской медицинской  
академии последипломного образования;

**И.А. Шехунова**, канд. мед. наук, доцент  
кафедры кардиологии Запорожской медицинской  
академии последипломного образования;

**Л.В. Порада**, канд. мед. наук, доцент кафедры  
кардиологии Запорожской медицинской  
академии последипломного образования

*Поступила в редакцию 21 февраля 2007 г.*