

Результат	Клиническая ситуация при установке имплантатов (II этап)	Рентгенологическая картина
Низкий	Костный регенерат не сформирован или сформирован, но объем его недостаточен для установки минимально возможного в данной клинической ситуации количества и типоразмеров имплантатов. Либо объем достаточен, но качество не позволяет достичь первичной стабильности имплантатов	Протяженность регенерата недостаточна в 2 и более направлениях. Структура его крайне неоднородная, либо однородная и чрезмерно плотная (превосходит компактную кость). Контур неровный. Тень фрагментирована — большое количество не связанных с материнским ложем и между собой фрагментов

Учитывая клинические данные и результаты лучевого обследования пациентов после наращивания альвеолярной кости, сформулированы критерии этой оценки (таблица).

Вывод. Конусно-лучевая компьютерная томография позволила дать точную характеристику костного регенерата, сформулировать объективные критерии оценки и при необходимости скорректировать план лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Гарафутдинов, Д.М.* Экспериментально-клиническое обоснование выбора методов лучевой диагностики в клинике дентальной имплантологии: автореф. дис. ... д-ра мед. наук / Д.М. Гарафутдинов. — М., 2010. — 28 с.
2. *Кулаков, А.А.* Зубная имплантация: основные принципы, современные достижения / А.А. Кулаков, Ф.Ф. Лосев, Р.Ш. Гветадзе. — М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2006. — 152 с.
3. *Миргазизов, А.М.* Поиск морфофункционального и эстетического оптимума при планировании лечения с применением внутрикостных имплантатов / А.М. Миргазизов, М.З. Миргазизов, Р.М. Миргазизов // Российский вестник дентальной имплантологии. — 2004. — № 3/4(7/8). — С.28—33.
4. Long-term evaluation of osseointegrated implants placed in sites augmented with sinus floor elevation associated with vertical ridge augmentation: A retrospective study of 38

consecutive implants with 1- to 7-year follow-up / M. Simion [et al.] // Int. J. Periodontics Restorative Dent. — 2004. — № 24. — P.208—221.

5. *Misch, C.E.* Early crestal bone loss etiology and its effective treatment planning for implants / C.E. Misch // Post. Graduate Dent. — 1995. — Vol. 2. — P.3—17.

REFERENCES

1. *Garafutdinov, D.M.* Eksperimental'no-klinicheskoe obosnovanie vybora metodov luchevoi diagnostiki v klinike dental'noi implantologii: avtoref. dis. ... d-ra med. nauk / D.M. Garafutdinov. — M., 2010. — 28 s.
2. *Kulakov, A.A.* Zubnaya implantaciya: osnovnye principy, sovremennye dostizheniya / A.A. Kulakov, F.F. Losev, R.SH. Gvetadze. — M.: ООО «Medicinskoe informacionnoe agentstvo», 2006. — 152 s.
3. *Mirgazizov, A.M.* Poisk morfofunkcional'nogo i esteticeskogo optimuma pri planirovanii lecheniya s primeneniem vnutrikostnyh implantatov / A.M. Mirgazizov, M.Z. Mirgazizov, R.M. Mirgazizov // Rossiiskii vestnik dental'noi implantologii. — 2004. — № 3/4(7/8). — S.28—33.
4. Long-term evaluation of osseointegrated implants placed in sites augmented with sinus floor elevation associated with vertical ridge augmentation: A retrospective study of 38 consecutive implants with 1- to 7-year follow-up / M. Simion [et al.] // Int. J. Periodontics Restorative Dent. — 2004. — № 24. — P.208—221.
5. *Misch, C.E.* Early crestal bone loss etiology and its effective treatment planning for implants / C.E. Misch // Post. Graduate Dent. — 1995. — Vol. 2. — P.3—17.

© Н.Б. Амиров, Н.А. Цибулькин, А.А. Морозова, Э.Б. Фролова, Г.А. Мухаметшина, О.Ю. Михопарова, О.Б. Ощепкова, 2014

УДК 616.12-005.4-085.22

ВЛИЯНИЕ ТРИМЕТАЗИДИНА МВ (ТРИДУКАРД) НА ТЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ИБС

НАИЛЬ БАГАУВИЧ АМИРОВ, докт. мед. наук, профессор кафедры общей врачебной практики ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, e-mail: namirov@mail.ru

НИКОЛАЙ АНАТОЛЬЕВИЧ ЦИБУЛЬКИН, канд. мед. наук, доцент кафедры кардиологии, рентгенэндоваскулярной и сердечно-сосудистой хирургии ГБОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия» Минздрава России, e-mail: cardiokgma@mail.ru

АНАСТАСИЯ АЛЕКСАНДРОВНА МОРОЗОВА, врач-интерн кафедры общей врачебной практики ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России

ЭЛЬВИРА БАКИЕВНА ФРОЛОВА, зам. главного врача по лечебной части Клинического госпиталя МСЧ МВД РФ по РТ, Казань

ГУЗЕЛЬ АГЗАМОВНА МУХАМЕТШИНА, канд. мед. наук, врач кардиологического отделения Клинического госпиталя МСЧ МВД РФ по РТ, Казань

ОЛЬГА ЮРЬЕВНА МИХОПАРОВА, зав. кабинетом функциональной диагностики Клинического госпиталя МСЧ МВД РФ по РТ, Казань

ОЛЬГА БОРИСОВНА ОЩЕПКОВА, зав. кардиологическим отделением Клинического госпиталя МСЧ МВД РФ по РТ, Казань

Реферат. Цель исследования — оценить влияние препарата метаболической терапии триметазидина с модифицированным высвобождением (тридукард) на течение хронической ишемической болезни сердца (ИБС) при включении его в схему стандартной терапии (антитромботические препараты, бета-адреноблокаторы, гиполипидемические препараты, нитраты, ингибиторы АПФ). *Материал и методы.* В исследовании приняли участие больные хронической ИБС, сочетавшейся в ряде случаев с постинфарктным кардиосклерозом и нарушениями сердечного ритма, находящиеся под наблюдением в Клиническом госпитале МСЧ МВД России по Республике

Татарстан. Оценка результатов терапии проводилась по данным клинического обследования, включавшего лабораторные и инструментальные методы: эхокардиоскопию, холтеровское мониторирование ЭКГ и пробы с 6-минутной ходьбой. *Результаты.* Лечение триметазидином МВ в дозе 35 мг 2 раза в день в течение 4 мес в составе стандартной терапии привело к уменьшению симптомов ИБС, повышению толерантности к физической нагрузке по результатам пробы с 6-минутной ходьбой, имело антиишемическое и антиаритмическое действие по результатам холтеровского мониторирования.

Ключевые слова: хроническая ишемическая болезнь сердца, метаболическая терапия, триметазидин, эхокардиоскопия, холтеровское мониторирование ЭКГ, проба с 6-минутной ходьбой.

INFLUENCE OF TRIMETAZIDINE MR (TRIDUKARD) ON CHRONIC ISCHEMIC HEART DISEASE

**NAIL B. AMIROV, NIKOLAY A. TSIBULKIN, ANASTASIA A. MOROZOVA, ELVIRA B. FROLOVA,
GUZEL A. MUHAMETSHINA, OLGA J. MIHOPAROVA, OLGA B. OSCHEPKOVA**

Abstract. The purpose of the study. Assess the impact of drug metabolic therapy with trimetazidine modified release (Tridukard) for a chronic ischemic heart disease (IHD) when it is included in the scheme of standard therapy (antithrombotics, beta-blockers, lipid-lowering drugs, nitrates, ACE inhibitors). *Material and methods.* The study involved patients with chronic ischemic heart disease, in some cases, combine with postinfarction cardiosclerosis and heart rhythm disturbances, under the supervision of a clinical hospital NFM Russian Ministry of Internal Affairs in the Republic of Tatarstan. Evaluation of the results of therapy was performed according to the clinical examination, including laboratory and instrumental methods: echocardiography, Holter ECG monitoring and tests with 6-minute walk test. *Results.* Treatment with trimetazidine MB 35 mg 2 times a day for 4 months as part of standard therapy resulted in a reduction of symptoms of CHD, increased exercise tolerance, based on the results of the sample with a 6-minute walk test, was anti-ischemic and anti-arrhythmic effect on the results of Holter monitoring.

Key words: chronic ischemic heart disease, metabolic therapy, trimetazidine, echocardiography, holter monitoring ECG, test with 6-minute walk.

Введение. Ишемическая болезнь сердца (ИБС) представляет собой одну из наиболее актуальных проблем современной кардиологии. Атеросклеротическое поражение сосудов сердца является следствием большого числа факторов, включая пол, возраст, наследственность, дислипидемию, артериальную гипертонию, сахарный диабет, курение и некоторые другие. Результаты крупномасштабного международного исследования INTERHEARN показали, что во всем мире, независимо от региона проживания, 9 факторов оказывают определяющее влияние на риск развития инфаркта миокарда. Среди них 6 факторов риска (ФР), повышающих риск развития инфаркта миокарда: дислипидемия, курение, артериальная гипертония (АГ), абдоминальное ожирение, психосоциальные факторы (стресс, депрессия, социальная изоляция), сахарный диабет (СД), и 3 фактора антириска, понижающих риск развития инфаркта миокарда: употребление в достаточном количестве овощей и фруктов, регулярное употребление очень малых доз алкоголя и регулярная физическая активность. Профилактика развития атеросклероза среди населения занимает ведущее место в деятельности кардиологической службы, однако заболеваемость ИБС продолжает неуклонно увеличиваться [1].

Быстрое развитие интервенционных сосудистых технологий в последнее десятилетие обеспечило высокую эффективность лечения острых форм ИБС в крупных клиничко-диагностических центрах. В то же время большое число пациентов имеет хроническое течение ИБС при отсутствии непосредственных показаний к стентированию коронарных артерий, баллонной коронарной ангиопластике или аортокоронарному шунтированию. Таким пациентам показано длительное консервативное лечение препаратами антиишемического действия [2].

В качестве дополнения к основному лечению могут также использоваться препараты метаболической терапии. Данные лекарственные средства, как следует из их названия, влияют на метаболизм сердечной мышцы, улучшая ее работу в условиях хронической ишемии. Одним из широко известных препаратов этой группы является триметазидин [3]. Механизм его действия хорошо изучен, данный препарат рекомендован для применения при ИБС достаточно давно [4]. Основным эффектом триметазидина является вызываемое им повышение устойчивости клеток сократительного миокарда к ишемическим воздействиям путем изменения характера их метаболической активности. По влиянию на биохимические процессы, происходящие в клетке, триметазидин способствует усилению аэробного гликолиза и блокирует β -окисление жирных кислот. Он также оказывает антигипоксическое, антиангинальное и кардиопротективное воздействие.

Прием триметазидина нормализует энергетический баланс в ишемизированных кардиомиоцитах, способствует повышению внутриклеточного содержания АТФ и поддержанию нормального гомеостаза. В кардиологической практике триметазидин показан для использования у больных с хронической ИБС для профилактики приступов стенокардии, а также при ишемической кардиомиопатии [5].

Материал и методы. На базе госпиталя МСЧ МВД России по Республике Татарстан проведено клиническое исследование влияния триметазидина МВ (тридукард) в составе стандартной терапии на характер течения хронической ИБС. Целью исследования является оценка клинической эффективности применения триметазидина у пациентов с хроническими формами ИБС в виде стабильной стенокардии напряжения I—III ФК, а также при ее сочетании с

постинфарктным кардиосклерозом (ПИКС) и нарушениями ритма.

В исследование включались пациенты обоего пола, в возрасте от 40 до 79 лет, проходившие лечение в кардиологическом отделении госпиталя с диагнозом: ИБС, стабильная стенокардия напряжения, функциональный класс I—III. Пациенты включались в исследование как при наличии, так и при отсутствии ПИКС и нарушений ритма сердца. Все пациенты, принимавшие участие в исследовании, дали на это добровольное информированное согласие. В исследовании не принимали участие пациенты с острым коронарным синдромом, с острым инфарктом миокарда, выраженной хронической сердечной недостаточностью и тяжелыми сопутствующими заболеваниями.

Первоначальное обследование проводилось во время нахождения пациентов в кардиологическом отделении и включало следующие методы: оценка симптомов, электрокардиография (ЭКГ) в 12 отведениях, эхокардиоскопия (ЭхоКС), тест с 6-минутной ходьбой, холтеровское мониторирование ЭКГ (ХМ ЭКГ). Определялась частота и интенсивность приступов стенокардии, выраженность одышки, наличие перебоев в работе сердца. По данным ЭхоКС определялись размеры камер сердца, толщина стенок левого желудочка (ЛЖ), глобальная сократительная функция ЛЖ. Тест с 6-минутной ходьбой проводился в коридоре отделения с размеченной дистанцией. На ХМ ЭКГ выявлялись нарушения ритма сердца и признаки ишемии миокарда.

Лечение триметазидином МВ (тридукард) проводилось в дополнение к основной терапии, назначенной при выписке из отделения. Триметазидин МВ назначался в ежедневной дозе 35 мг 2 раза в день в течение 4 мес. За период лечения проводились контрольные обследования, включавшие оценку симптомов заболевания, ЭхоКС и ХМ ЭКГ. Последнее обследование проводилось в конце четвертого месяца лечения и включало также тест с 6-минутной ходьбой. В конце лечения пациентам предлагалось дать собственную оценку успешности проведенной терапии по шкале от 0 до 5 баллов. Статистическая обработка проводилась с применением параметриче-

ских и непараметрических методов. Результаты представлены как среднее (\pm) стандартное отклонение, уровень значимости 0,05.

Результаты и их обсуждение. В исследование был включен 41 пациент. За время наблюдения из исследования исключены 10 человек в связи с невозможностью выполнить полный протокол исследования. Исследование прошел 31 пациент (16 мужчин, 15 женщин), средний возраст составил ($61,71 \pm 10,97$) года. В возрасте 40—49 лет было 10% больных, 50—59 лет — 38%, 60—69 лет — 26%, 70—79 лет — 23%, 80 лет и старше — 3%. Большинство пациентов было старше 50 лет (рис. 1). Пациенты с ПИКС составили 39%, с нарушениями сердечного ритма — 52%. Продолжительность заболевания менее 5 лет имели 7 пациентов, от 5 до 10 лет — 6 пациентов, от 11 до 15 лет — 9 пациентов, более 15 лет — 9 пациентов. Наибольшее число пациентов имело длительность заболевания более 10 лет (рис. 2).

Наряду с триметазидином МВ (тридукард) пациенты получали стандартную медикаментозную терапию ИБС, включавшую следующие препараты: антитромботические препараты принимали 27 человек (87%), β -адреноблокаторы — 15 человек (48%), гиполипидемические препараты — 14 человек (45%), нитраты — 7 человек (23%), ингибиторы АПФ — 17 человек (55%) и 15 человек (48%) принимали препараты других групп в связи с сопутствующими заболеваниями (рис. 3).

Улучшение симптомов было отмечено у 77% больных. Частота приступов стенокардии снизилась у 45% пациентов, интенсивность приступов уменьшилась у 19%, одышка снизилась у 29%. Жалобы на перебои в сердце и головокружение уменьшились в 16% случаев, стабилизация артериального давления отмечена в 6% (рис. 4). Многие пациенты отметили снижение выраженности одновременно нескольких симптомов. Улучшение по одному симптому отметили 33% больных, по двум симптомам — 59%, по трем — 8% пациентов. Субъективная оценка пациентами успешности лечения показала, что удовлетворительно (на 3 балла) лечение оценили 13% больных, хорошо и отлично (на 4—5 баллов) — 64% больных. В 23% случаев улучшения отмечено не было

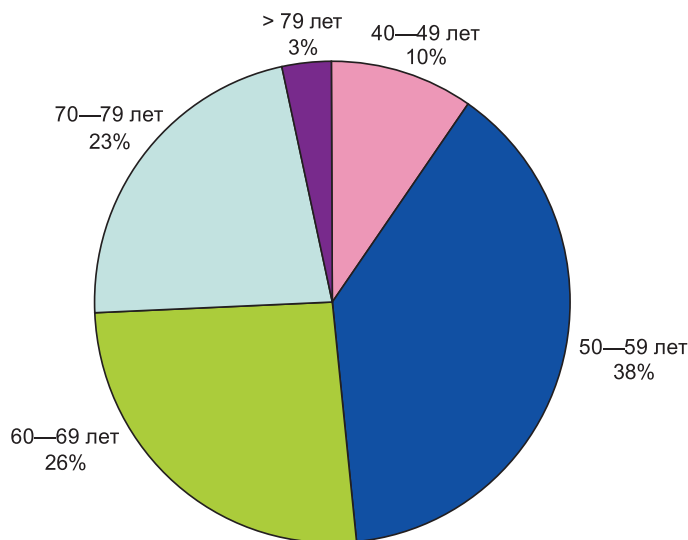


Рис. 1. Возрастной состав пациентов, включенных в исследование

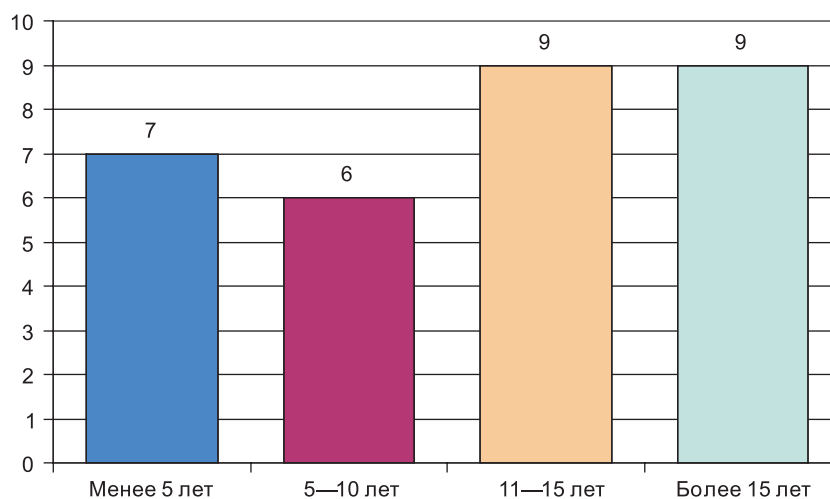


Рис. 2. Длительность заболевания (годы)

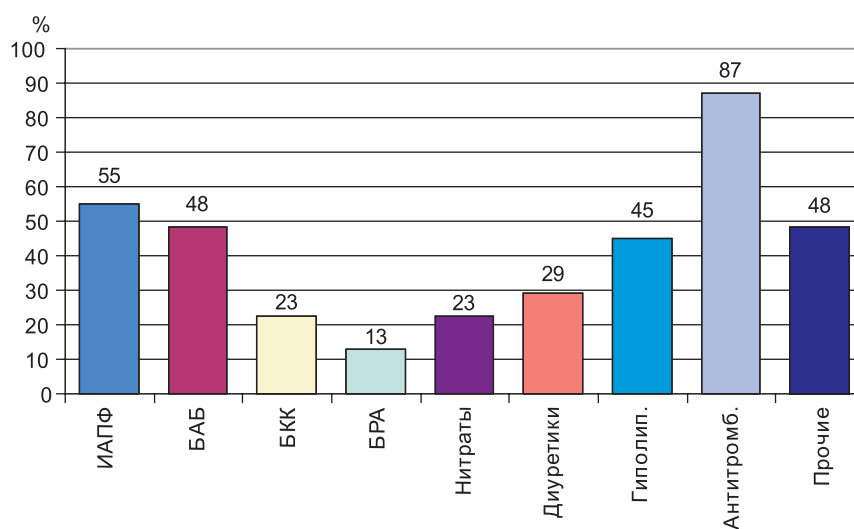


Рис. 3. Медикаментозная терапия обследованных пациентов

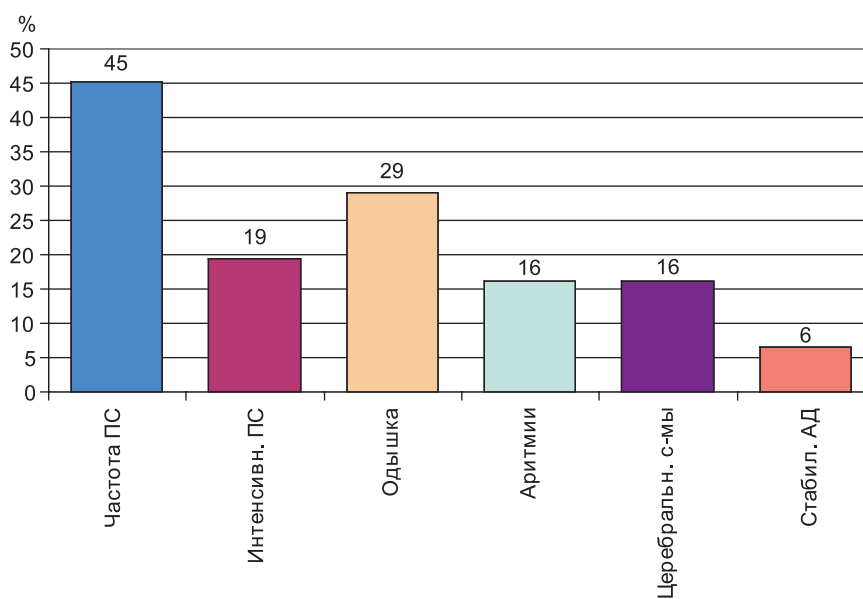


Рис. 4. Улучшение по отдельным симптомам

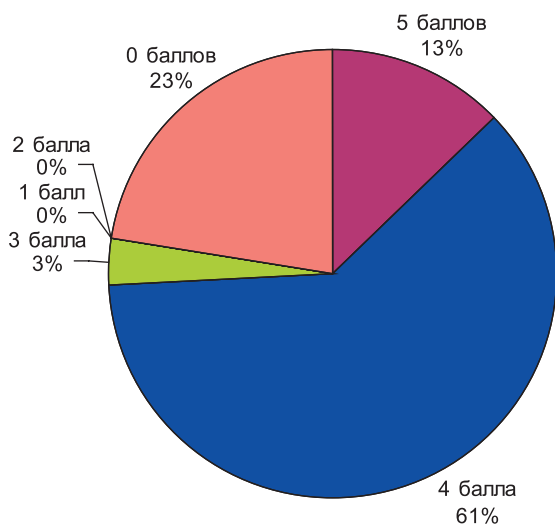


Рис. 5. Субъективная оценка пациентами успешности лечения (в баллах)

(0 баллов) (рис. 5). Таким образом, улучшение состояния по одному или более симптомам, а также положительный эффект от лечения отметили большинство пациентов.

По данным ЭхоКС размеры левых камер за время наблюдения изменились незначительно: размеры левого предсердия (ЛП) у больных с ПИКС составили $(3,99 \pm 0,47)$ см и $(4,04 \pm 0,68)$ см ($p > 0,05$), у больных без ПИКС — $(3,81 \pm 0,66)$ см и $(3,81 \pm 0,64)$ см ($p > 0,05$). Конечно-диастолический размер левого желудочка (КДРЛЖ) у больных с ПИКС существенно не изменился и составил $(5,42 \pm 0,67)$ см и $(5,60 \pm 0,59)$ см ($p > 0,05$), КДРЛЖ у пациентов без ПИКС составил $(4,96 \pm 0,38)$ см и $(5,02 \pm 0,51)$ см ($p > 0,05$), а переднезадний размер ПЖ уменьшился с $(2,48 \pm 0,27)$ см до $(1,81 \pm 0,49)$ см ($p < 0,05$). Фракция выброса ЛЖ (ФВЛЖ) у пациентов без ПИКС несколько возросла с $(66,89 \pm 5,94)\%$ до $(70,75 \pm 8,14)\%$ ($p > 0,05$), но изменения не были статистически достоверными. Отсутствие существенных положительных изменений по данным ультразвукового исследования может быть связано с недостаточным продолжительным приемом препарата, который у пациентов с ИБС обычно назначается на более длительный срок. Положительная динамика интегральной сократимости миокарда левого желудочка показала небольшую положительную корреляцию с индексом массы тела, длительностью заболевания и возрастом пациентов ($R = 0,21$; $R = 0,19$; $R = 0,15$; $p > 0,05$).

По результатам ХМ ЭКГ у пациентов с ПИКС в двух случаях наблюдалось снижение желудочковой (ЖЭС) и суправентрикулярной (СВЭС) экстрасистолии, а в двух случаях — незначительное ее повышение. Степень депрессии сегмента ST в среднем уменьшилась с $(0,63 \pm 0,69)$ мм до $(0,20 \pm 0,45)$ мм ($p > 0,05$). У пациентов без ПИКС за время лечения произошло снижение числа ЖЭС в среднем с 994,92 до 724,50 за сут, причем в одном случае их число снизилось вдвое с 10 386 до 4 926 в сут. В то же время в одном случае отмечено увеличение числа ЖЭС с 1 до 356 в сут, а в другом — повышение числа ЖЭС с 202 до 633 в сут, а СВЭС с 4 до 1 776 в сут. Частота пароксизмов фибрилляции или трепетания предсердий за время наблюдения в среднем не изменилась, но в одном случае они

полностью исчезли, а в другом были впервые выявлены. Депрессия сегмента ST за время лечения уменьшилась с $(0,46 \pm 0,63)$ мм до $(0,10 \pm 0,32)$ мм ($p > 0,05$). Таким образом, проведенное лечение оказало противоишемическое действие, а у большинства больных также и противоаритмическое в отношении желудочковых экстрасистол.

Применение ХМ ЭКГ позволило также уточнить связь жалоб пациентов на сердцебиение и указаний на нарушения ритма в диагнозе с фактическим наличием существенных нарушений ритма сердца. Среди больных с нарушениями ритма в анамнезе пароксизмы фибрилляции или трепетания предсердий и среднее число экстрасистол более 100 за сут было выявлено в 75% случаев. Из них с числом экстрасистол более 100 за сут — 58%, а с числом экстрасистол более 800 за сут — 42%. В большинстве случаев жалобы и субъективные ощущения пациентов соответствовали объективным данным, однако в 25% случаев нарушения ритма были выражены незначительно и соответствовали допустимой норме. Это указывает на необходимость регулярного мониторинга данного показателя у больных хронической ИБС для своевременного уточнения диагноза.

Проба с 6-минутной ходьбой по результатам лечения показала достоверное увеличение пройденной дистанции в среднем с $(251,00 \pm 78,09)$ м до $(284,71 \pm 88,52)$ м, что составило 33,71 м ($p < 0,05$) (рис. 6). Прирост дистанции у пациентов с ПИКС составил 25,83 м, а у пациентов без ПИКС — 39,63 м ($p > 0,05$). После заключительного теста по окончании курса лечения больные отмечали, что его повторное прохождение было для них менее трудно, и субъективные жалобы были менее выражены. Корреляционный анализ показал, что результат заключительного теста с 6-минутной ходьбой имел обратную корреляцию с возрастом ($R = -0,31$), что соответствует естественному снижению толерантности к физической нагрузке у пожилых пациентов.

Заключение. Лечение триметазидином МВ (тридукард) в дозе 35 мг 2 раза в день в течение 4 мес у пациентов с хронической ИБС, сочетавшейся в части случаев с ПИКС и нарушениями сердечного ритма, показало следующие результаты. Положительный эффект от лечения в виде клинического улучшения отметили 77% пролеченных больных. Наиболее часто отмечалось снижение частоты приступов стенокардии напряжения (45% больных), снижение выраженности одышки при физической нагрузке (29% больных), снижение интенсивности приступов стенокардии (19% больных), а также снижение частоты жалоб на перебои в сердце и стабилизация артериального давления. Кроме того, отмечалось улучшение церебральных симптомов в виде уменьшения интенсивности головокружения и головных болей, а также улучшение памяти. Данный эффект триметазидина хорошо известен и является основанием для его применения у неврологических больных с вестибулокохлеарными расстройствами [5].

Треть пациентов (33%) констатировала улучшение как минимум одного симптома, и еще две трети больных (67%) — по двум и более симптомам. Улучшение клинической симптоматики нашло отражение в результатах субъективной оценки пациентами успешности проведенного лечения. Большинство пациентов (64%) оценили эффект курса терапии триметазидином как

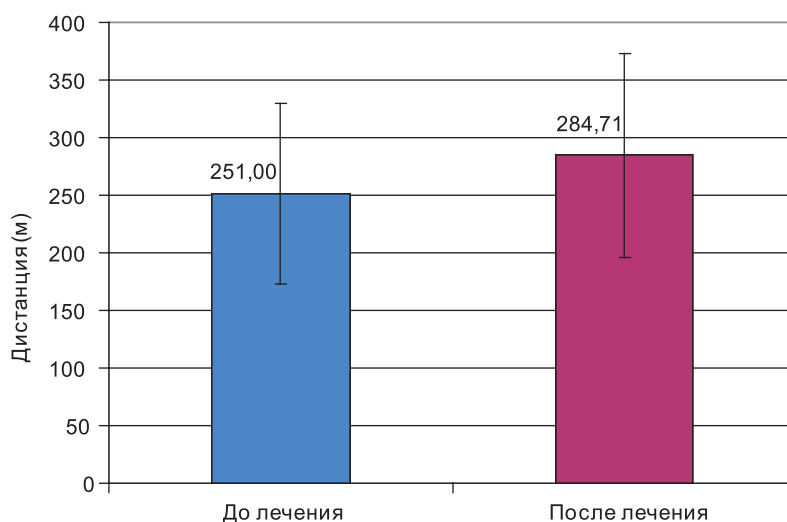


Рис. 6. Дистанция в тесте с 6-минутной ходьбой (Y-погрешность — стандартное отклонение; $p < 0,05$)

хороший и отличный (4 и 5 баллов); удовлетворительную (3 балла) эффективность отметили 13%, эффекта не заметили 23% больных.

Лечение триметазидином МВ (тридукард) в ряде случаев несколько улучшило интегральную сократимость миокарда левого желудочка, однако эти изменения не были статистически достоверными. Вероятно, для более заметного улучшения данного показателя прием триметазидина должен продолжаться более 4 мес. Положительное влияние триметазидина на нарушения сердечного ритма проявилось в снижении числа желудочковых и суправентрикулярных экстрасистол в среднем с 994,92 до 724,50 за сут. У большинства пациентов наблюдался положительный эффект от лечения, однако в четырех случаях имело место небольшое увеличение показателей нарушений сердечного ритма.

Наибольший эффект проведенного лечения был отмечен по результатам пробы с 6-минутной ходьбой. Наблюдалось достоверное увеличение пройденной дистанции в среднем с (251,00±78,09) м до (284,71±88,52) м, что составило прирост 33,71 м. Пациенты также отмечали меньшее затруднение при прохождении дистанции по окончании курса терапии триметазидином. По данным холтеровского мониторинга наблюдалось снижение выраженности ЭКГ-признаков ишемии в виде уменьшения степени депрессии сегмента ST в среднем с 0,63 мм до 0,20 мм у пациентов с ПИКС и с 0,46 мм до 0,10 мм у пациентов без ПИКС.

Таким образом, клиническое исследование, проведенное у больных хронической ИБС, показало, что препарат метаболической терапии триметазидин МВ (тридукард) при ежедневном приеме в дозе 35 мг 2 раза в день в течение 4 мес уменьшает выраженность симптомов хронической ИБС, повышает толерантность к физической нагрузке, оказывает антиишемическое и умеренное антиаритмическое действие. Данные результаты подтверждают возможность применения триметазидина для лечения больных с хронической ИБС в составе комплексной терапии данного заболевания [6].

ЛИТЕРАТУРА

1. *Оганов, Р.Г.* Стратегии профилактики сердечно-сосудистых заболеваний в Российской Федерации / Р.Г. Оганов, Г.Я. Масленникова // Клиническая медицина. — 2012. — № 3. — С.4—7.
2. Национальные рекомендации по диагностике и лечению стабильной стенокардии // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. — 2008. — № 7(6). — Прил. 4.
3. *Метелица, В.И.* Справочник по клинической фармакологии сердечно-сосудистых средств / В.И. Метелица. — М.: Медпрактика, 1996. — 784 с.
4. *Окорочков, А.Н.* Лечение болезней внутренних органов. Лечение заболеваний сердечно-сосудистой системы / А.Н. Окорочков. — Мн.: Высшая школа, 1997. — Т. 3, кн. 1. — 464 с.
5. Федеральное руководство по использованию лекарственных средств (формулярная система) / под ред. А.Г. Чучалина, Ю.Б. Белоусова, В.В. Яснецова. — М.: ООФ «Здоровье человека», 2008. — Вып. IX. — 998 с.
6. Клинические рекомендации. Фармакологический справочник / под ред. И.А. Денисова, Ю.Л. Шевченко. — М.: ГЭОТАР-Мед, 2004. — 1184 с.

REFERENCES

1. *Oganov, R.G.* Strategii profilaktiki serdechno-sosudistykh zaboolevaniy v Rossiiskoi Federacii / R.G. Oganov, G.YA. Maslennikova // Klinicheskaya medicina. — 2012. — № 3. — S.4—7.
2. Nacional'nye rekomendacii po diagnostike i lecheniyu stabil'noi stenokardii // Kardiovaskulyarnaya terapiya i profilaktika. — 2008. — № 7(6). — Pril. 4.
3. *Metelica, V.I.* Spravochnik po klinicheskoi farmakologii serdechno-sosudistykh sredstv / V.I. Metelica. — M.: Medpraktika, 1996. — 784 s.
4. *Okorokov, A.N.* Lechenie boleznei vnutrennih organov. Lechenie zaboolevaniy serdechno-sosudistoi sistemy / A.N. Okorokov. — Mn.: Vyshaya shkola, 1997. — T. 3, kn. 1. — 464 s.
5. Federal'noe rukovodstvo po ispol'zovaniyu lekarstvennykh sredstv (formulyarnaya sistema) / pod red. A.G. Chuchalina, Yu.B. Belousova, V.V. Yasnecova. — M.: OOF «Zdorov'e cheloveka», 2008. — Vyp. IX. — 998 s.
6. Klinicheskie rekomendacii. Farmakologicheskii spravochnik / pod red. I.A. Denisova, Yu.L. Shevchenko. — M.: GEOTAR-Med, 2004. — 1184 s.