

ИНТЕРНАУКА
internauka.org

СБОРНИК СТАТЕЙ ПО МАТЕРИАЛАМ
LVIII МЕЖДУНАРОДНОЙ
НАУЧНО- ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ

СОВРЕМЕННАЯ МЕДИЦИНА: НОВЫЕ ПОДХОДЫ И АКТУАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ



№3(54)

ISSN 2541-9854

Москва, 2022

**СОВРЕМЕННАЯ МЕДИЦИНА:
НОВЫЕ ПОДХОДЫ И АКТУАЛЬНЫЕ
ИССЛЕДОВАНИЯ**

*Сборник статей по материалам LVIII международной
научно-практической конференции*

№ 3 (54)
Март 2022 г.

Издается с июля 2017 года

Москва
2022

**MODERN MEDICINE:
NEW APPROACHES AND RELEVANT
STUDIES**

Proceedings of LVIII international scientific-practical conference

№ 3 (54)
March 2022

Published since July 2017

Moscow
2022

УДК 61
ББК 5
С56

С56 Современная медицина: новые подходы и актуальные исследования. сб. ст. по материалам LVIII междунар. науч.-практ. конф. – № 3 (54). – М., Изд. «Интернаука», 2022. – 62 с.

| | |
|--|-----------|
| Оглавление | |
| Доклады конференции на русском языке | 7 |
| Медицина | 7 |
| Секция 1. Кардиология | 7 |
| ОСОБЕННОСТИ МОДИФИЦИРОВАННЫХ ФАКТОРОВ РИСКА ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОВ, ПРЕДШЕСТВУЮЩИХ КОРОНАРНОЕ СТЕНТИРОВАНИЕ В АНАМНЕЗЕ Балтаева Дина Мейрбековна Нуржанова Мадина Абдыкадыровна | 7 |
| Секция 2. Педиатрия | 17 |
| ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ИНФЕКЦИИ SARS-COV-2 У ДЕТЕЙ Нурмахан Арнат Нуркенович Толекова Шырын Нурахметовна Нуров Атабек Намазбоевич Кадыров Руслан Курванович Есіркесінова Назым Мұхтарқызы | 17 |
| ОТРИЦАТЕЛЬНОЕ ВЛИЯНИЕ ГАДЖЕТОВ НА РАЗВИТИЕ ДЕТЕЙ Сугрובה Валерия Валерьевна | 21 |
| Секция 3. Профилактическая медицина | 25 |
| ЛЕЧЕБНОЕ ДЕЙСТВИЕ МАССАЖА НА ОРГАНИЗМ ПРИ ПАТОЛОГИИ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ Шек Сергей Леонидович | 25 |
| Секция 4. Психиатрия | 33 |
| ОСНОВНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ РАБОТЫ СТАЦИОНАРНОГО ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ №9 ГБУЗ АО «ОБЛАСТНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА» МЗ АО ЗА ПЕРИОД 2017-2019 ГГ., ПРЕДШЕСТВОВАВШИЙ ПАНДЕМИИ COVID-19 В РОССИИ Щекотихин Сергей Викторович Самосудов Иван Викторович Егорочкина Юлия Владимировна | 33 |

| | |
|--|-----------|
| Секция 4. Стоматология | 38 |
| ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДА БИОЛОГИЧЕСКОЙ ОБРАТНОЙ СВЯЗИ НА ЭТАПАХ ОРТОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ПОВЫШЕННОЙ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОЙ СТИРАЕМОСТЬЮ ЗУБОВ | 38 |
| Дыбов Андрей Михайлович | |
| Глазкова Алина Вячеславовна | |
| Секция 5. Хирургия | 42 |
| ПЛАСТИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ НА ПРОМЕЖНОСТИ У ЛИЦ МУЖСКОГО ПОЛА, ПЕРЕНЕСШИХ ГАНГРЕНУ ФУРНЬЕ | 42 |
| Сергацкий Константин Игоревич | |
| Кочмарева Татьяна Владимировна | |
| Лазутов Евгений Александрович | |
| Малякин Иван Васильевич | |
| Швецов Вячеслав Юрьевич | |
| Фармацевтика | 47 |
| Секция 6. Технология получения лекарств | 47 |
| ВЛИЯНИЕ ПРОЦЕССА ЗАМОРАЖИВАНИЯ БИОМАССЫ ЛИСТЬЕВ <i>A. LARPA L.</i> НА КОЛИЧЕСТВО БИОЛОГИЧЕСКИ АКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ | 47 |
| Хайбуллин Руслан Гайсаевич | |
| Волкова Лариса Владимировна | |
| Секция 7. Фармацевтическая химия, фармакогнозия | 52 |
| ГИСТОХИМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ СЫРЬЯ <i>RHAPONTICUM CARTHAMOIDES (WILLD.) DITTRICH</i> | 52 |
| Савронова Дилназ Шухраткызы | |
| Кишкентаева Анаркуль Сериковна | |
| Ишмуратова Маргарита Юлаевна | |

| | |
|---|-----------|
| Conference papers in English | 57 |
| Medicine | 57 |
| Section 1. Cardiology | 57 |
| HOMOCYSTEIN AS A RISK FACTOR IN THE PATIENTS SUFFERING FROM TYPE 2 DIABETES MELLITUS- ASSOCIATED CORONARY ARTERY DISEASE Mammetberdi Elyasov | 57 |

ДОКЛАДЫ КОНФЕРЕНЦИИ НА РУССКОМ ЯЗЫКЕ

МЕДИЦИНА

СЕКЦИЯ 1.

КАРДИОЛОГИЯ

ОСОБЕННОСТИ МОДИФИЦИРОВАННЫХ ФАКТОРОВ РИСКА ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОВ, ПРЕДШЕСТВУЮЩИХ КОРОНАРНОЕ СТЕНТИРОВАНИЕ В АНАМНЕЗЕ

Балтаева Дина Мейрбековна

*магистрант,
Казахстанский медицинский университет
«Высшей школы общественного здравоохранения»,
врач-кардиолог, Городской кардиологический центр,
Казахстан, г. Алматы*

Нуржанова Мадина Абдыкадыровна

*врач-кардиолог, Городская клиническая больница №7,
Казахский национальный университет им. аль-Фараби,
Казахстан, г. Алматы*

FEATURES OF MODIFIED RISK FACTORS FOR ACUTE CORONARY SYNDROME IN PATIENTS WITH PREVIOUS HISTORY OF CORONARY STENTING

Dina Baltaeva

*Master student, Kazakhstan Medical University
"Higher School of Public Health" Cardiologist,
City Cardiology Center,
Kazakhstan, Almaty*

Madina Nurzhanova

*Al-Farabi Kazakh National University,
Cardiologist, City clinical hospital №7,
Kazakhstan, Almaty*

АННОТАЦИЯ

В представленной работе представлены данные об особенностях факторов риска рецидивов ишемической болезни сердца (ИБС), а именно в развитии Острого коронарного синдрома (ОКС). В исследовании были сравнены факторы риска рецидивов ИБС у пациентов с ранее выполненным коронарным стентированием в сравнении с пациентами без предшествующего коронарного стентирования по ретроспективному анализу

В данном исследовании средний срок развития ОКС в отдаленном периоде после коронарного стентирования составляет $5,3 \pm 2,7$ лет. По отношению набранных групп, то мужчин в обеих группах больше чем женщин, но женщины были достоверно старше мужчин. Также установлено, что пациенты с предшествующих коронарное стентирование в достоверно чаще встречается абдоминальное ожирение и повышенный вес, Сахарный диабет, хроническая болезнь почек, хроническая сердечная недостаточность, а также нужно отметить что контроль артериального давления, гликемии, контроль веса, липидного спектра ведется не должным образом.

ABSTRACT

This paper presents data on the characteristics of risk factors for recurrence of coronary heart disease (CHD), namely in the development of Acute Coronary Syndrome (ACS). The study compared risk factors for recurrent coronary artery disease in patients with previous coronary stenting compared with patients without previous coronary stenting in a retrospective analysis.

In this study, the average long-term development of ACS after coronary stenting was 5.3 ± 2.7 years. In relation to the recruited groups, there are more men in both groups than women, but women were significantly older than men. It was also found that patients with prior coronary stenting are significantly more likely to experience abdominal obesity and overweight, diabetes mellitus, chronic kidney disease, chronic heart failure, and it should be noted that blood pressure, glycemia, weight control, and lipid spectrum are not controlled properly.

Ключевые слова: острый коронарный синдром, ишемическая болезнь сердца, рецидив, факторы риска, предикторы

Keywords: acute coronary syndrome, coronary heart disease, relapse, risk factors, predictors

Введение:

На сегодняшний день ведущей патологией в группе сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) является атеросклеротическое поражение сосудов, в том числе и атеротромбоз, который является причиной более 28% всех смертей во всем мире. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), ежегодно в мире от сердечно-сосудистых заболеваний умирает около 17 миллионов человек, а это составляет почти 1/3 от всех видов причин смерти, и это составляет 29% [1, 2]. По прогнозам ВОЗ, в общей сложности к 2030 году этот показатель будет расти до 23,6 миллиона человек [3].

Ишемическая болезнь сердца (ИБС) является одним из наиболее распространенных заболеваний сердечно-сосудистой системы и во многом определяет уровень смертности населения [4], в том числе она является ведущей причиной смерти и инвалидности во всем мире [5].

Целью лечения ИБС и острого коронарного синдрома (ОКС) является своевременное восстановление миокардиального кровотока для уменьшения некроза миокарда и тем самым сохранения сердечной ткани и общей функции [6]. Коронарная реваскуляризация эта важнейшая стратегия лечения ишемической болезни сердца [7], а вариантами реваскуляризации миокарда включают в себя - тромболитическое, чрескожное коронарное вмешательство (ЧКВ) или коронарное шунтирование (КШ) для подходящих пациентов с ишемической болезнью сердца [8]. По данным многочисленных исследований, стентирование коронарных артерий при ОКС является эффективной процедурой, превосходящей по результатам все известные до сих пор методы лечения острого коронарного синдрома [9]. Во время чрескожного коронарного вмешательства в просвет коронарного русла имплантируется металлический протез, так называемый "стент". Использование стентов при острой или угрожающей окклюзии основано на их способности прижимать участки артериальной оболочки, выпадающие в просвет, и тем самым поддерживать кровоток в области рассечения или окклюзии [10].

Несмотря на то что ЧКВ-коронарное стентирование является эффективным видом лечения для ИБС, на практике мы часто встречаем пациентов с ОКС и рецидивами ИБС после коронарного стентирования, значит существуют факторы риска, которые после коронарного вмешательства могут усугубить течения заболевания ИБС.

Цель исследования: Изучить и описать особенности факторов риска и предикторов рецидива ИБС у пациентов с ранее выполненным

коронарным стентированием в сравнительном анализе с пациентами без коронарного вмешательства, с целью улучшения программ управления модифицированными факторами риска ИБС.

Материалы и методы:

Исследование проводилось в рамках магистерского проекта на базе Городского кардиологического центра г.Алматы, Казахстан, проведен ретроспективный анализ материалов историй болезней кардиологических отделении в период с 01.09.2021 г. по 01.01.2022 гт. Всего было проанализированы более 500 истории болезни, по критериям включения и исключения были выделены 88 истории болезни (мужчины - 59 (67,1%), женщины –29 (32,9%)), средний возраст всех пациентов составлял: $62,3 \pm 14,7$ лет, все пациенты были госпитализированы с диагнозом ОКС, в дальнейшем был выставлен клинический диагноз Острый инфаркт миокарда (ОИМ) – 52 (59,1%) и Нестабильная стенокардия (НС) – 36 (40,9%) в соответствии обоснования диагноза, важно отметить что из исследования были исключены пациенты с диагнозом НС с интактными коронарными артериями. Пациенты были разделены в 2 группы: 1- группа: пациенты с ОКС с предшествующим коронарным стентированием в анамнезе – 44 пациента, все пациенты с критериями включения за вышеуказанный период; 2-группа: пациенты с ОКС без коронарного вмешательства в анамнезе – в таком же количестве (44 пациента), в эту группу пациенты были выбраны в случайном порядке.

Возраст пациентов с включенных в исследование варьировал от 42 до 78 лет, в 1-группе от 48 до 78 лет (средний возраст $64,4 \pm 14,5$), во 2-группе от 41- 74 лет (средний возраст $58,8 \pm 13,1$). Из истории болезни были выделены факторы риска ИБС в соответствии литературных данных, факторы риска могут быть модифицированные и немодифицированные, также выделены сопутствующие хронические заболевания которые также могут усугубить течение ИБС, результаты анализов (из них липидный спектр, уровень креатинина, мочевины (произведен скорость клубочковой фильтрации (СКФ)), глюкозы, гликозирированного гемоглобина), объективные данные такие как рост, вес (произведен подсчет индекса массы тела (ИМТ)), окружность талии (ОТ), данные гемодинамики (систолическое и диастолическое артериальное давление (САД и ДАД)) и частоты сердечных сокращения (ЧСС), а также результаты электрокардиограммы (ЭКГ) и эхокардиографии (ЭХОКГ). В дальнейшем было проведено сравнение двух групп с вышеуказанными данными.

Статистический анализ и обработка были проведены в программе MS Excel. Для оценки значимости различий средних величин при сравнении между группами использовали непарный t-критерий Стьюдента для признаков с нормальным распределением, в непараметрических

случаях использовался U критерий Манна-Уитни; также использовался ранговый тест ANOVA. Оценка ассоциации в сравнении двух групп проводилась с помощью критерия Хи-квадрат Пирсона, показателя Отношения шансов и Доверительного интервала. Достоверным статистически значимыми считали различия при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждения:

По отношению набранных групп то мужчин в обеих группах было больше чем женщин, но женщины были достоверно старше мужчин в обеих группах ($p < 0,05$), что соответствует результатам других исследований, то что мужской пол также является немодифицированным фактором риска для всех ИБС. В данном исследовании средний срок развития ОКС, документального подтвержденного рецидива ИБС, в отдаленном периоде после коронарного стентирования составляет $5,3 \pm 2,7$ лет (медиана 5 лет (3 года 6 месяцев: 8 лет 6 месяцев))

В соответствии с табл.1 следует, что возраст пациентов в 1-группе выше чем во 2-группе ($p < 0,05$), значит пациенты с предшествующим коронарным стентированием были старше чем пациентов без коронарного вмешательства.

Таблица 1.

Объективные данные характеристики пациентов в обеих группах исследования

| | 1-группа (ОКС с коронарным стентированием в анамнезе) n=44 | 2-группа (ОКС без коронарного стентирования) n=44 | p |
|------------------------|---|--|-------|
| Возраст, лет | 64,4±14,5 | 58,8±13,1 | <0,05 |
| ИМТ, кг/м ² | 30,3±4,3 | 27,4±3,1 | <0,05 |
| ОТ, см | 98,6±15,5 | 96,3±13, | >0,05 |
| САД, мм.рт.ст. | 145 (110:155) | 140 (110:150) | >0,05 |
| ДАД, мм.рт.ст. | 90 (80:100) | 90 (85:100) | >0,05 |
| ЧСС, уд/мин. | 83 (61:86) | 87 (64: 91) | >0,05 |

(ИМТ-индекс массы тела, ОТ- окружность талии, САД-ДАД- систолическое и диастолическое артериальное давление, ЧСС- частота сердечных сокращении)

По данным вышеуказанной табл.1 также следует что у пациентов с предшествующим стентированием ИМТ был выше чем у пациентов без коронарного вмешательства ($p < 0,05$), но ОТ в обеих группах статистический не различаются ($p > 0,05$), несмотря на это ОТ отличается от нормы у более половины пациентов так у женщин и так у мужчин,

что свидетельствует именно об абдоминальном ожирении в первой группе. По другим основным объективным данным, по гемодинамике и ЧСС пациенты в обеих группах статистически не различаются ($p>0,05$).

Таблица 2.

Результаты основных лабораторных показателей показывающие факторы риска

| Показатели | 1-группа (ОКС с коронарным стентированием в анамнезе) n=44 | 2-группа (ОКС без коронарного стентирования) n=44 | p |
|---------------------------------------|--|---|-------|
| Общий холестерин | 4,68±1,3 | 4,91±1,6 | >0,05 |
| ХС ЛПНП | 3,82±1,3 | 3,88±1,4 | >0,05 |
| ХС ЛПВП | 1,38±0,4 | 1,32±0,4 | >0,05 |
| Глюкоза | 11,1±4,9 | 9,3±3,9 | >0,05 |
| Гликозированный гемоглобин | 7,4±2,1 | 7,8±2,3 | >0,05 |
| Триглицериды | 2,21±0,8 | 2,13±1,1 | >0,05 |
| Креатинин | 103,1±36,1 | 92,3±29,1 | <0,05 |
| Мочевина | 8,3±5,8 | 7,9±8,6 | >0,05 |
| Скорость клубочковой фильтрации (СКФ) | 65,6±29,3 | 79,9±21,7 | <0,05 |

(ХС – холестерин, ЛПНП - липопротеины низкой плотности, ЛПВП – липопротеины высокой плотности)

По данным табл. 2 можно увидеть, что средние показатели всех показателей липидного спектра отличаются от нормы, согласно рекомендаций ESC/EAS по лечению дислипидемий от 2019 г., показало, что дислипидемия является мощным предиктором ИБС, а уровень ХС-ЛПНП имеет важную роль, в лечении которых мы ориентируемся и стараемся достигать целевые значения ХС-ЛПНП. В нашем исследовании уровень ХС-ЛПНП в обеих группах повышен от нормы, группы по показателям липидных спектров статистически не различаются ($p>0,05$). Сахарный диабет также является одним из факторов риска ИБС, в нашей работе как выше уже показано средние показатели гликозированного гемоглобина повышены в обеих группах, и группы по отношению гликозированного гемоглобина и гликемии при поступлении идентичны между собой ($p>0,05$). По отношению средних показателей креатенина и мочевины, то здесь средние значения креатенина выше в группе с ОКС с ранее проведенным коронарным стентированием в анамнезе ($<0,05$), соответственно и по уровню СКФ то 1-группа имеет сниженный

СКФ, согласно вышеуказанным можно сказать что группы по отношению СКФ и креатенина статистический различаются ($<0,05$).

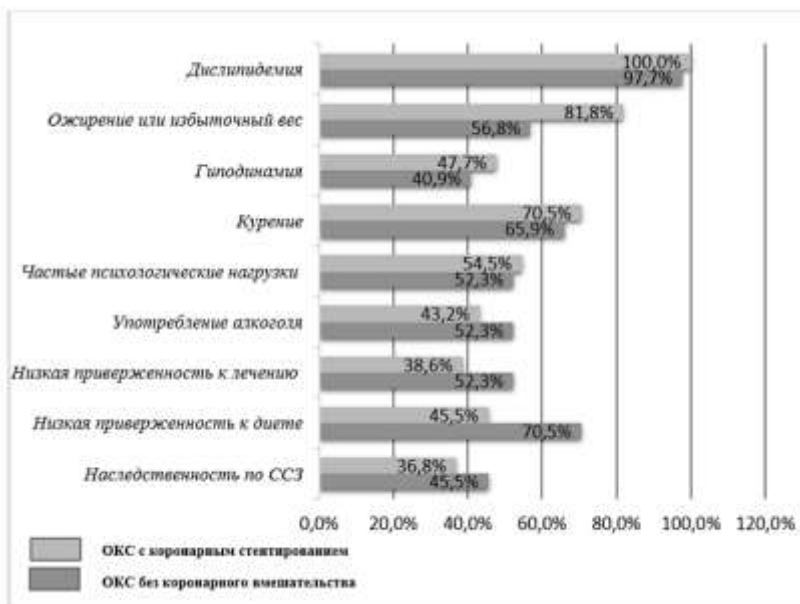
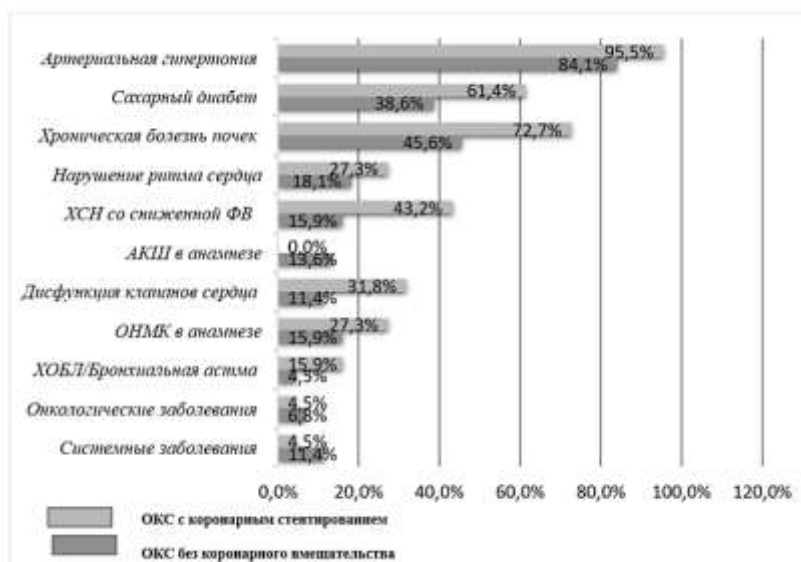


Рисунок 1. Распространённость факторов риска ИБС в двух группах

Согласно рис.1 можно увидеть, что почти все пациенты страдают дислипидемией, что очевидно также доказывает что дислипидемия является мощным предиктором ИБС и других ССЗ, а уровень ОХ и ЛПНС также был высок по данным таб.2, по дислипидемии группы статический не различаются ($p>0,05$). По данным табл.1, было отмечено, что пациенты в обеих группах имеет идентичный средний уровень ИМТ, но согласно риск.3, можно увидеть пациентов с ожирением или избыточным весом больше в 1-группе (OR 3,4, CI 1,29-9,03). По вредным привычкам такие как курение и употребление алкоголя, по частым психологическим нагрузкам и стрессам, гиподинамии группы статистический не различаются ($>0,05$). По отношению комплаентности, то данные отличаются, более половины пациентов в группе без коронарного стентирования имеют низкую приверженность, а в группе с короанрным стентированием этот показатель составляет 38,7%, значит треть пациентов после стентирования имеют низкую приверженность к лечению, данные идентичны между

группами (OR 1,36; CI 0,54-3,42). По поводу низкой приверженности к диете то группа без коронарного стентирования превосходит группу с коронарным стентированием (OR 0,34; CI 0,14-0,84), а это возможно за счет того, что некоторые пациенты из 2-группы ранее не были обследованы по поводу ССЗ, ранее на Д учете не состояли, значит не были привержены к лечению и диете. Также важно отметить, что в числе ожирение и повышенный вес, половина пациентов страдали ожирением разных степеней, а этот показатель в группе с коронарным стентированием составляет 81,8%, ожирением страдают 43,1 % пациентов и а повышенным весом страдают 38,6%, что показывает что пациенты даже после стентирования страдают меры третичной профилактики заболеваний.



(ССЗ- сердечно-сосудистые заболевания, ХСН –хроническая сердечная недостаточность, ОНМК-острое нарушение мозгового кровообращения, ХОБЛ-хроническая обструктивная болезнь легких)

Рисунок 2. Распространённость хронических заболеваний в двух группах

Следуя рис.2, нужно подчеркнуть, что 95,5% пациентов в группе ОКС с коронарным стентированием страдают Артериальной гипертонией (АГ), тогда как в группе сравнения этот показатель составляет 84,1 %, но группы по распространённости АГ статистический не различаются (OR 3,9;

СИ 0,7-9,3). По распространенности Сахарного диабета, то в группа с коронарным стентированием превосходит группы без коронарного стентирования, значит пациенты с коронарным стентированием которые повторно были госпитализированы с диагнозом ОКС больше страдали Сахарным диабетом (OR 2,5; СИ 1,06-5,9). Также как и Сахарный диабет в группе с коронарным стентированием было больше пациентов с ХБП (OR 2,9; СИ 1,19-7,2), что и показывал согласно таб.2 по средним показателям креатенина и СКФ. У пациентов с ранее проведенным стентированием чаще встречалась ХСН со сниженной фракцией выброса левого желудка (ФВ ЛЖ) и нарушениями клапанного аппарат сердца, и это показатель составлял 43,2% и 31,8 % соответственно (OR 4,01; СИ 1,42-10,96 и OR 3,6; СИ 1,18-11,23 соответственно). По другим признакам и хроническим заболеваниям, указанным в рис.2, такие как нарушение ритма сердца, ОНМК в анамнезе, ХОБЛ, другие хронические заболевания группы статистический не различались (>0,05).

Также важно отметить что при поступлении в стационар у более половины пациентов имело место повышенное САД И ДАД, что показывает проблемы третичной профилактики по стабилизации оптимального артериального давления у пациентов страдающих Артериальной гипертонией, также с уровнем гликозирванного гемоглобина и гликемии при поступлении, в треть (36%) пациентов с группы с коронарным стентированием имело место декомпенсация Сахарного диабета по уровни гликозирванного гемоглобина.

Заключение:

Таким образом, в заключении следует отметить, что имеется по сравнению с пациентами без коронарного вмешательства, пациенты с ранее проведенным коронарным стентированием имеют свои особенности в модифицированных факторов риска ИБС и других предикторов ОКС у пациентов. Но по многим уже известным факторам риска ИБС, такие как дислипидемия, гиподинамия, низкая комплаентность, курение, употребление алкоголя и т.п., группы статистический не различались, но имели высокие цифры в обеих группах, что показывает важность в управлении этих факторов риска ИБС. Несмотря на это нами было установлено, что у пациентов с предшествующим коронарным стентированием, в анамнезе достоверно чаще встречается абдоминальное ожирение и повышенный вес (81,8%), Сахарный диабет (61,4%), ХБП (72,7%), ХСН со сниженной ФВ ЛЖ (43,2%). А также важно отметить контроль САД и ДАД, гликемии, контроль веса, липидного спектра ведется не должным образом.

Вывод: управление модифицированных факторов риска ИБС после коронарного стентирования имеет важную роль для предупреждения

повторных ОКС, так значит следуют улучшать мероприятия третичной профилактики у пациентов после коронарного вмешательства и в целом для всех пациентов с ИБС

Список литературы:

1. Basu A, Sukumar N, Ryder RE. Young Asian men with diabetes have the highest risk for acute coronary events: retrospective cohort analyses // *JRSM Open*. 2018 Jan 8;9(1):2054270417732699.
2. Roth GA, Forouzanfar MH, Moran AE, et al. Demographic and epidemiologic drivers of global cardiovascular mortality. *N Engl J Med*. 2015;372(14):1333-1341. doi: 10.1056/NEJMoa1406656.
3. Alzuhairi KS, S0gaard P, Ravkilde J, Azimi A, M^ng M, Jensen LO, Torp-Pedersen C. Long-term prognosis of patients with non-ST-segment elevation myocardial infarction according to coronary arteries atherosclerosis extent on coronary angiography: a historical cohort study. // *BMC CardiovascDisord*. 2017 Nov 16;17(1):279. doi: 10.1186/s12872-017-0710-3.
4. Руководство по медицине. Диагностика и терапия. В 2-х т. Пер. с англ. // Под ред. Р. Берклоу, Э. Флетчера-М.: Мир, 1997. 1045 с.
5. Lippi G, Franchini M, Cervellin G. Diagnosis and management of ischemic heart disease. *SeminThrombHemost*. 2013 Mar;39(2):202-13. doi: 10.1055/s-0032-1333543. Epub 2013 Feb 3. PMID: 23378254.
6. Baron SJ, Giugliano RP. Effectiveness and safety of percutaneous coronary intervention after fibrinolytic therapy for ST-segment elevation acute myocardial infarction. *Am J Cardiol*. 2011 Apr 1;107(7):1001-9. doi: 10.1016/j.amjcard.2010.11.024. Epub 2011 Jan 20. PMID: 21256466.
7. Gu D, Qu J, Zhang H, Zheng Z. Revascularization for Coronary Artery Disease: Principle and Challenges. *AdvExp Med Biol*. 2020; 1177:75-100. doi: 10.1007/978-981-15-2517-9_3. PMID: 32246444.
8. Yavuz S. Surgery as early revascularization after acute myocardial infarction. *AnadoluKardiyolDerg*. 2008 Nov; 8Suppl 2:84-92. PMID: 19028640.
9. Baron SJ, Giugliano RP. Effectiveness and safety of percutaneous coronary intervention after fibrinolytic therapy for ST-segment elevation acute myocardial infarction. *Am J Cardiol*. 2011 Apr 1;107(7):1001-9. doi: 10.1016/j.amjcard.2010.11.024. Epub 2011 Jan 20. PMID: 21256466.
10. Каган-Пономарёв, М.Я. Прогнозирование реокклюзии инфаркт-связанной коронарной артерии у больных инфарктом миокарда в стационаре и в последующем периоде // *Кардиология*. - 1995 - Т. 35, № 6. - С.36 – 41.