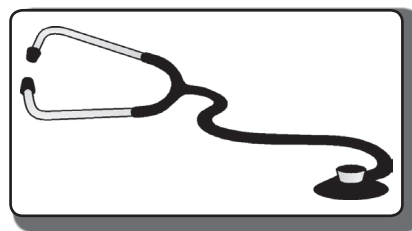


Внутренние болезни



УДК 616.127-005.8-002.1-08-037:001.89(571.62)

Л.Н. Малай¹, И.М. Давидович¹, Л.В. Солохина¹, К.Е. Пошатаев²

ХАБАРОВСКИЙ РЕГИСТР ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА: ЛЕЧЕНИЕ И ИСХОДЫ В ПЕРИОД ПРЕБЫВАНИЯ В РЕГИОНАЛЬНОМ СОСУДИСТОМ ЦЕНТРЕ

¹Дальневосточный государственный медицинский университет, 680000, ул. Муравьева-Амурского, 35, тел. 8-(4212)-76-13-96, e-mail: nauka@mail.fesmu.ru;

²Краевая клиническая больница № 2, 680030, ул. Павловича, 16, тел. 8-(4212)-45-26-36, г. Хабаровск

Резюме

В регистр острого инфаркта миокарда (ОИМ) были внесены сведения о 321 пациенте, последовательно госпитализированных в региональный сосудистый центр (РСЦ) г. Хабаровска в период с 01.01.14 по 31.03.14 года (177 пациентов с инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST (ИМпST; 55,1 %); 135 человек – инфарктом миокарда без подъема сегмента ST (ИМбпST; 42,1 %); 9 пациентов – с ранним рецидивом ОИМ и с ранней постинфарктной стенокардией (2,8 %)). Чрескожное коронарное вмешательство (ЧКВ) при ИМпST (141; 79,6 %) выполнялось практически в два раза чаще, чем у пациентов с ИМбпST (57; 42 %) ($p < 0,001$). Число летальных исходов среди пациентов без ЧКВ было достоверно выше в группе ИМпST по сравнению с аналогичными пациентами с ИМбпST ($p < 0,001$). Регистр продемонстрировал крайне низкую степень охвата современными лекарственными препаратами до референсного ОИМ. Наоборот, лечение ОИМ в ЧКВ-центре характеризуется высокой частотой первичного ЧКВ, двойной антитромбоцитарной терапии (ДАТТ), применения эноксапарина, высокодозовой терапии статинами, что повышает шансы благоприятного исхода у пациентов с данной нозологией.

Ключевые слова: острый инфаркт миокарда, регистр, лечение, госпитальные исходы.

L.N. Malay¹, I.M. Davidovich¹, L.V. Solokhina¹, K.E. Poshatayev²

KHABAROVSK REGISTER OF ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION: THERAPY AND HOSPITAL OUTCOMES DURING STAY IN THE REGIONAL VASCULAR CENTER

¹Far eastern state medical university;

²Regional clinical hospital № 2, Khabarovsk

Summary

The acute myocardial infarction (AMI Register includes on 321 patients consecutively admitted to the Khabarovsk Region Vascular Centre from 01.01.2014 to 31.03.2014 (177 patients with ST-segment elevation in AMI (55,1 %); 135 patients – non-ST-segment elevation in AMI (42,1 %); 9 patients with early backset of an AMI and early postinfarction stenocardia (2,8 %)). Percutaneous coronary intervention (PCI) frequency of patients with ST-segment elevation in AMI (141; 79,6 %) was more than two times in comparison with PCI-negative group (57; 42 %) ($p < 0,001$). Lethality of PCI-negative at ST elevation myocardial infarction patients was more than in a group non-ST-segment elevation (statistically significant $p < 0,001$). The treatment before reference AMI revealed insufficient medicines influencing a forecast. On the contrary there are positive overpatching during surgical hospital treatment in Khabarovsk (primary PCI, dual antitrombotik therapy, enoxaparin, statines) associated with a low lethality.

Key words: AMI, register, treatment, hospital outcomes.

Острый инфаркт миокарда (ОИМ) по-прежнему является одним из наиболее тяжелых проявлений ишемической болезни сердца (ИБС) и характеризует-

ся высоким уровнем смертности и инвалидизации в экономически развитых странах, включая Российскую Федерацию [1, 8]. Одним из подходов, позволяющих

оценить эффективность лечебных и реабилитационных мероприятий, проводимых в данной группе пациентов с ИБС, являются регистры острого коронарного синдрома (ОКС) и ОИМ. Зарубежные [9, 10] и отечественные [4, 6, 7] регистры ОКС и ОИМ стали источником ценной информации о характеристике пациентов, об истинном уровне летальности и о применяемых методах лечения. Несмотря на то, что в Хабаровском крае имеется достаточно длительный опыт

консервативного, а в последние годы и инвазивного лечения ОКС, анализ данных результатов не вошел ни в один из проводимых регистров.

Цель настоящей работы состояла в анализе лечения больных с ОИМ на амбулаторном этапе до развития референсного события, в региональном сосудистом центре (РСЦ) и его влиянии на исходы до выписки из стационара.

Материалы и методы

Ретроспективное наблюдательное исследование пациентов с верифицированным ОИМ и ранними осложнениями, госпитализированных и проходивших лечение в РСЦ г. Хабаровска в первом квартале 2014 года. Всего включены 321 пациент, средний возраст – 66,4 года $\pm$ 11,73 года. Количество мужчин и женщин было примерно одинаковым. ИМпST был верифицирован у 177 (55,14 %), ИМбпST – у 135 (42,05 %).

Статистическая обработка полученных данных выполнена при помощи пакета программ для статистической обработки данных Statistica Statsoft 6.1. Опреде-

ляли среднюю арифметическую (M), среднюю ошибку среднего значения (m), стандартное отклонение (δ) – для признаков, имеющих непрерывное распределение. Оценку достоверности различий по критерию Стьюдента (t), между качественными показателями сравниваемых групп – с помощью критерия χ^2 с поправкой на непрерывность по Йетсу, критический уровень достоверности нулевой статистической гипотезы принимали менее 0,05, также использовался критерий Стьюдента (t).

Результаты и обсуждение

В целом демографические и клинико-анамнестические характеристики включенных в регистр пациентов были описаны ранее: 79 % имели артериальную гипертензию (АГ), 69 % – гиперхолестеринемию, каждый третий – ИМ в анамнезе, каждый десятый – инсульт, каждый пятый больной страдал сахарным диабетом, у 41 (13,1 %) была фибрилляция предсердий (ФП) [3]. Пациенты с ИМпST и ИМбпST были сопоставимы по возрасту вне зависимости от гендерных различий, но среди мужчин достоверно чаще наблюдался ИМпST (табл. 1).

Таблица 1

Возрастно-половая характеристика пациентов с ИМпST и ИМбпST

Признак	ИМпST (n=177)	ИМбпST (n=135)	P
Возраст, все ($M \pm \delta$)	65,49 $\pm$ 11,2	67,75 $\pm$ 11,1	>0,05
Возраст, мужчины ($M \pm \delta$)	64,99 $\pm$ 11,6	66,96 $\pm$ 10,9	>0,05
Возраст, женщины ($M \pm \delta$)	66,58 $\pm$ 11,02	68,9 $\pm$ 11,8	>0,05
Мужчины (абс., %)	103 (64,4 $\pm$ 3,7)	57 (35,7 $\pm$ 3,7)	<0,01
Женщины (абс., %)	74 (48,1 $\pm$ 4,1)	78 (51,9 $\pm$ 4,1)	>0,05

Примечание. p – достоверность различий между группами.

Перед референсным ОИМ 208 (64,8 %) пациентов получали различную медикаментозную терапию, 96 (29,9 %) ничего не принимали, у 17 (5,29 %) – нет данных. Подавляющее большинство (134; 41,74 %), принимали антигипертензивные препараты, что обусловлено большим процентом сопутствующей АГ. По данным Хабаровского регистра перед госпитализацией в РСЦ каждый третий – 92 (28,66 %) принимал аспирин, 80 (25 %) – бета-блокаторы, 94 (29,28 %) – иАПФ/сартаны, 44 (13,7 %) – статины, 7 (17 %) – антикоагулянты. Таким образом, реальная частота использования препаратов с доказанным влиянием на прогноз у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ) непосредственно перед референсным

ОИМ была низкой. Наши данные совпадают с результатами регистра РЕКОРД-3, где каждый третий (39 %) пациент до ОИМ принимал аспирин и каждый пятый (19 %) – статин [7]. Вместе с тем, по сравнению с регистром ЛИС (Люберецкое исследование смертности больных, перенесших ОИМ), которое проводилось в «дореперфузионную» эру лечения в течение 3 лет на территории Люберецкого района Московской области [4], в Хабаровском крае доля пациентов, принимавших статины до референсной госпитализации, была значительно выше (2 % и 13,7 %, соответственно), это же касалось и аспирина (15,7 % и 28,66 % соответственно), но, в целом, совершенно недостаточно с учетом современных рекомендаций [5, 11].

Среди всех пациентов, госпитализированных в стационар с диагнозом ИМпST, тромболитическая терапия (ТЛТ) была проведена только у 20 (6,2 %), 14 (60 %) – на догоспитальном и 8 (40 %) – на госпитальном этапе, что было, вероятнее всего, обусловлено их поступлением в РСЦ, где возможно выполнение первичного ЧКВ. Половина больных с референсным ОИМ (54,19 %) поступила в РСЦ г. Хабаровска в первые 6 часов, до 12 ч – практически две трети (65,39 %). Среди пациентов с ИМпST ЧКВ было выполнено у 141 пациента (79,6 %), преимущественно со стентированием инфаркт-связанной коронарной артерии (КА) у 122 больных (86,52 %). Доля первичного ЧКВ (в первые 12 часов от начала ОКС) составила 82,26 % (n=116), отсроченного ЧКВ – 17,73 % (n=25), из которых ЧКВ «отчаяния» проведено у 4 (16 %) пациентов. В последних Европейских рекомендациях по ведению больных ИМпST первичное ЧКВ рассматривается как приоритетный метод выбора реперфузионной терапии [12]. Для сравнения в Московском регистре ОКС частота выполнения первичного ЧКВ у всех пациентов с ОКСпST составила 25,8 %, а среди пациентов с ОКСпST в инвазивных стационарах – 36,2 % [6]. По результатам регистра РЕКОРД-3 любое ЧКВ в связи с

ОКСпСТ выполнялось 55 % пациентам, а в «инвазивных» стационарах – у 65 % [7]. Таким образом, в РСЦ г. Хабаровска современная тактика лечения пациентов с ОКСпСТ поставлена на достаточно высокий уровень. Вместе с тем, ЧКВ при ИМбпСТ выполнялось практически в два раза реже – у 42 % (57 пациентов) ($p<0,001$), из которых раннее неотложное (первичное) ЧКВ (<24 ч) проведено у 25 больных (43,86 %), отсроченное (от 24 до 72 часов) у 32 больных (56,14 %). ЧКВ со стентированием КА выполнено у 25 (43,86 %) пациентов с ИМбпСТ, что также вдвое меньше, чем в группе ИМпСТ ($p<0,001$). По данным Л.А. Боке-рия и соавторов ЧКВ при ОИМ в 2014 г. в целом по России выполнялись значительно чаще, чем при нестабильной стенокардии: в 73,6 % и 26,4 % случаев соответственно [1]. Оценка проводимого одновременного с ЧКВ медикаментозного лечения в РСЦ, а также рекомендаций при выписке показала, что пациенты независимо от вида ОИМ практически в полном объеме получали лекарственную терапию согласно современным рекомендациям (табл. 2). При сравнении назначений лекарственных препаратов в Хабаровском регистре ОИМ в период пребывания в РСЦ по сравнению с Московским регистром ОКС [6] и регистром РЕКОРД-3 [7], хочется отметить более высокий процент больных, получавших тикагрелол (41,12 %, 4,3 % и 14 % соответственно); статины (97,2 %, 58,3 % и 87 % соответственно), причем в Хабаровском регистре это были только аторвастатин в дозе 40/80 мг и розувастатин; а также эноксапарин (58 %, 20,7 % и 13 % соответственно), как прописано в международных и национальных клинических рекомендациях по лечению больных ОКС [2, 12].

Важно подчеркнуть, что при выписке из РСЦ медикаментозная терапия также соответствовала существующим клиническим рекомендациям и стандартам: практически всем пациентам в отсутствие противопоказаний были рекомендованы статины (аторвастатин и розувастатин), причем 2/3 больным высокоинтенсивная терапия аторвастатином; ДАТТ (без антитромбоцитарных препаратов выписаны всего 8 (2,73 %) больных). Эти показатели согласуются с результатами исследования EUROASPIRE IV по вторичной профилактике больных ИБС в Европе, перенесших ОКС, аорто-коронарное шунтирование (АКШ) или ЧКВ: статины назначались 87 % и антиагреганты 94 % пациентам [13].

Средняя длительность пребывания всех пациентов с ОИМ в РСЦ составила $8,6\pm 2,7$ дня. За период госпитализации у включенных пациентов развились следующие осложнения: острая сердечная недостаточность (ОСН) III-IV класс по Killip (кардиогенный шок с отеком легких) – у 37 (11,53 %), кардиогенный шок без отека легких – у 27 (8,41 %), нарушения ритма – у 86 (26,79 %), из них желудочковая тахикардия или фибрилляция желудочков – у 2 (0,62 %), тромбоэмболия легочной артерии – у 1 пациента (0,3 %) и ранний рецидив ОИМ у 2 больных (0,62 %). Кровотечения во время госпитализации констатировались у 13 пациентов (4,04 %): геморрагический инсульт с летальным

исходом у 3, геморрагический инсульт без летального исхода у 1, кровотечения других локализаций (преимущественно желудочно-кишечные) – у 9.

Таблица 2

Частота назначения лекарственных препаратов во время пребывания в РСЦ и рекомендованных при выписке

Препарат	Во время госпитализации в РСЦ (n=321)	Рекомендованных при выписке (n=292)
Антиагреганты (нагрузочная доза)	193 (60,12 %)	–
АСК	288 (89,72 %)	268 (91,78 %)
Клопидогрел	164 (51,1 %)	184 (63,01 %)
Тикагрелол	132 (41,12 %)	92 (31,5 %)
Варфарин	12 (3,73 %)	7 (2,39 %)
НОАК	4 (1,24 %)	7 (2,39 %)
ДАТТ: АСК + клопидогрел	153 (47,66 %)	171 (58,56 %)
ДАТТ: АСК + тикагрелол	126 (39,25 %)	92 (31,5 %)
Итого ДАТТ	279 (86,91 %)	263 (90,06 %)
Тройная антитромбоцитарная терапия	13 (4,05 %)	7 (2,39 %)
Эноксапарин	186 (57,94 %)	
НФГ	107 (33,5 %)	
БАБ	284 (88,47 %)	271 (92,8 %)
иАПФ/АРА	291 (90,64 %)	273 (93,49 %)
Статины	312 (97,2 %)	284 (97,26 %)
Аторвастатин	311 (96,88 %)	279 (95,54 %)
Дозы аторвастатина 40 и 80 мг	240 (74,76 %)	203 (69,52 %)
Розувастатин	1 (0,3 %)	3 (1,02 %)

Примечание. иАПФ – ингибиторы АПФ, АРА – антагонисты рецепторов ангиотензина, БКК – блокаторы кальциевых каналов, БАБ – бета-адреноблокаторы, ДАТТ – двойная антитромбоцитарная терапия, АСК – ацетилсалициловая кислота, НФГ – нефракционированный гепарин, НОАК – новые оральные антикоагулянты.

Всего из поступивших РСЦ непосредственно в стационаре умерло 29 больных (9,2 %). Умершие пациенты были достоверно на 12,2 года старше выживших (78 и 65,85 лет соответственно, $p<0,01$). Количество умерших мужчин и женщин составило 14 и 15 человек. Реперфузионная терапия была проведена у половины пациентов (15 или 51,72 %): первичное ЧКВ у 13, ТЛТ у 1 и ТЛТ в сочетании с ЧКВ у 1 больного. Как видно из таблицы 3, госпитальная летальность при ИМпСТ было достоверно выше, чем при ИМбпСТ (15,2 % против 1,5 %, критерий $\chi^2=17,23$, $p<0,001$, с поправкой Йейтса 15,63). Кроме того, летальность среди пациентов ИМпСТ без ЧКВ была выше, чем в аналогичной группе пациентов с ИМбпСТ (36,1 % против 2,56 %, $\chi^2=24,25$, $p<0,001$ с поправкой Йейтса 21,4). Применение инвазивной реперфузионной терапии (ЧКВ или ЧКВ со стентированием) у пациентов с ИМпСТ способствовало достоверному, в 3,3 раза, снижению госпитальной летальности по сравнению с группой без ЧКВ (11,02 % против 36,1%, $\chi^2=15,2$, $p<0,001$ с поправкой Йейтса 13,25).

Анализ полученных данных показал крайне низкую частоту приема современных лекарственных препаратов до референсного ОИМ, влияющих на прогноз у пациентов с ИБС, таких как аспирин, статины и иАПФ.

Летальность при ИМнСТ и ИМбнСТ в зависимости от варианта реперфузионной терапии

Вся группа	ИМнСТ, (n=177)			ИМбнСТ, (n=135)		
	выжившие	умершие	летальность	выжившие	умершие	летальность
n	150	27	15,2 % [#]	133	2	1,5%
без ЧКВ, n=36						
n	23	13	36,1*	76	2	2,56
с ЧКВ, n=19						
n	15	4	21,05	32	-	-
с ЧКВ со стентированием, n=122						
n	112	10	8,2	25	-	-

Примечание. # – достоверность различий по критерию χ^2 между группами ИМнСТ и ИМбнСТ; * – достоверность различий по критерию χ^2 между группами ИМнСТ с и без ЧКВ.

Внедрение в лечение ОИМ в РСЦ г. Хабаровска инвазивных методов реваскуляризации (высокая частота первичного ЧКВ), наряду с применяемой в полном

объеме современной лекарственной терапии, повышает шансы благоприятного исхода у пациентов с различными формами ОКС.

Литература

1. Бокерия Л.А., Алесян Б.Г. Рентгенэндоваскулярная диагностика и лечение заболеваний сердца и сосудов в Российской Федерации – 2014. – М.: НЦССХ имени А.Н. Бакулева, 2015. – 206 с.
2. Диагностика и лечение больных острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST электрокардиограммы. Рекомендации Общества специалистов по неотложной кардиологии // Неотложная кардиология. – 2014. – № 2. – С. 36-61.
3. Малай Л.Н., Солохина Л.В., Бухонкина Ю.М. и др. Характеристика больных и госпитальные исходы у пациентов с острым инфарктом миокарда: данные регистра (г. Хабаровск), часть I // Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии. – 2016. – Т. 12, № 1. – С. 56-62.
4. Марцевич С.Ю., Гинзбург М.Л., Кутишенко Н.П. и др. Исследование ЛИС (Люберецкое исследование по изучению смертности больных, перенесших острый инфаркт миокарда). Оценка лекарственной терапии. Часть 1. Как лечатся больные перед инфарктом миокарда, и как это влияет на смертность в стационаре // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. – 2012. – Т. 8, № 5. – С. 681-684.
5. Профилактика хронических неинфекционных заболеваний. Российские рекомендации // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2013. – № 4. – С. 40-51.
6. Эрлих А.Д., Мацкеплишвили С.Т., Грацианский Н.А., Бузиашвили Ю.И. и все участники Московского регистра ОКС. Первый московский регистр острого коронарного синдрома: характеристика больных, лечение и исходы за время пребывания в стационаре // Кардиология. – 2013. – № 12. – С. 4-13.
7. Эрлих А.Д., Грацианский Н.А. От имени участников регистра РЕКОРД-3. Российский регистр острого коронарного синдрома «РЕКОРД-3». Характеристика пациентов и лечение до выписки из стационара // Кардиология. – 2016. – № 4. – С. 16-24.
8. Braunwald E. Historical milestones in reperfusion therapy myocardial infarction. In: Bates E.R. (ed). Reperfusion therapy for acute myocardial infarction. – Informa Healthcare USA Inc.: New York, 2008, № 1.
9. Heim I., Jonke V., Gostovic M., Jembrek-Gostovic M. Epidemiology of acute coronary syndrome in the City of Zagreb // Acta Med Croatica. – 2009. – Vol. 63. – P. 105-109.
10. Kalla K., Christ G., Karnik R., et al. Vienna STEMI Registry Group. Implementation of guidelines improves the standard of care. The Viennese Registry in Reperfusion Strategies in ST-Elevation Myocardial infarction (Vienna STEMI Registry) // Circulation. – 2006. – Vol. 113. – P. 2398-2405.
11. Perk J., Guy De Backer, Gohlke H., et al. European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012) // Eur Heart J. – 2012. – Vol. 33. – P. 1635-1701.
12. Steg Ph. G., James S.K., Atar D., et al. ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting with ST-segment elevation: The Task Force on the management of ST-segment elevation acute myocardial infarction of the European Society of Cardiology (ESC) // Eur Heart J. – 2012. – Vol. 33. – P. 2569-2619.
13. EUROASPIRE IV reveals success and challenges in secondary prevention of CVD across Europe. – <http://www.escardio.org/about/press/press-releases/esc13-amsterdam/Pages/euroaspire-iv-success-challenges-secondary-prevention-CVD-europe.aspx> – Checked by 06.01.17.

Literature

1. Bokeria L.A., Alekseyan B.G. Roentgen-endovascular diagnostics and treatment of heart and vascular disease in the Russian Federation – 2014. – M.: Bakoulev Research Center for Cardiovascular Surgery, 2015. – 206 p.
2. Diagnostics and treatment of acute myocardial infarction patients with ST-segment elevation. Recommendations of the Society of Specialists in Urgent Cardiology // Urgent Cardiology. – 2014. – № 2. – P. 36-61.
3. Malay L.N., Solokhina L.V., Bukhonkina Yu.M., et al. Characteristic features and hospital outcomes in patients with acute myocardial infarction: Khabarovsk Register data. Part I// Rational Pharmacotherapy in Cardiology. – 2016. – Vol. 12, № 1. – P. 56-62.
4. Martsevich S.Yu., Ginzburg M.L., Kutishenko N.P., et al. The study of LIS (Lubertsky study of mortality in patients with acute myocardial infarction). Evaluation of

Drug Therapy. Part 1. Treatment of patients before myocardial infarction and its influence on hospital mortality rate // Rational Pharmacotherapy in Cardiology. – 2012. – Vol. 8, № 5. – P. 681-684.

5. Prevention of chronic non-infectious diseases. Russian Recommendations // Cardiovascular Therapy and Prevention. – 2013. – № 4. – P. 40-51.

6. Erlikh A.D., Matskeplishvili S.T., Gratsiansky N.A., Buziashvili Yu.I. The participants of Moscow ACS Register. The 1st Moscow Register of the Acute Coronary Syndrome: Characteristics of Patients, Management and Outcomes During Hospitalization // Cardiology. – 2013. – № 12. – P. 4-13.

7. Erlikh A.D., Gratsiansky N.A. On behalf of participants of RECORD-3 Register. Russian Register of Acute Coronary Syndrome RECORD-3. Characteristics of patients and treatment before discharge from the hospital // Cardiology. – 2016. – № 4. – P. 16-24.

8. Braunwald E. Historical milestones in reperfusion therapy for myocardial infarction. In: Bates E.R. (ed). Reperfusion therapy for acute myocardial infarction. – Informa Healthcare USA Inc.: New York, 2008. – № 1.

9. Heim I., Jonke V., Gostovic M., Jembrek-Gostovic M. Epidemiology of acute coronary syndrome in the

City of Zagreb // Acta Med Croatica. – 2009. – Vol. 63. – P. 105-109.

10. Kalla K., Christ G., Karnik R., et al. Vienna STEMI Registry Group. Implementation of guidelines improves the standard of care. The Viennese Registry on Reperfusion Strategies in ST-Elevation Myocardial infarction (Vienna STEMI Registry) // Circulation. – 2006. – Vol. 113. – P. 2398-2405.

11. Perk J., Guy De Backer, Gohike H., et al. European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012) // European Heart Journal. – 2012. – Vol. 33. – P. 1635-1701.

12. Steg Ph. G., James S.K., Atar D., et al. ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting with ST-segment elevation: The Task Force on the management of ST-segment elevation acute myocardial infarction of the European Society of Cardiology (ESC) // European Heart Journal. – 2012. – Vol. 33. – P. 2569-2619.

13. EUROASPIRE IV reveals success and challenges in secondary prevention of CVD across Europe. Mode of access – <http://www.escardio.org/about/press/press-releases/esc13-amsterdam/Pages/euroaspire-iv-success-challenges-secondary-prevention-CVD-europe.aspx> – Checked by 06.01.17.

Координаты для связи с авторами: Малай Людмила Николаевна – аспирант кафедры ОЗиЗсКИ-МиП ДВГМУ, e-mail: l-malay@rambler.ru; Давидович Илья Михайлович – д-р мед. наук, профессор кафедры факультетской терапии ДВГМУ, тел. +7-914-542-48-21, e-mail: ilyadavid@rambler.ru; Солохина Людмила Васильевна – д-р мед. наук, профессор кафедры ОЗиЗсКИМиП ДВГМУ; Пошатаев Кирилл Евгеньевич – главный врач КГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2».



УДК 616.12-008.331.4-053.81-055.1:355.082:356(571.6:355.31):001.89

И.М. Давидович¹, О.В. Афонсков², А.В. Козыренко⁴, Ю.К. Староверова³, Е.В. Поротикова³,
С.Н. Маренин³, С.В. Талапов³

АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ У МУЖЧИН МОЛОДОГО ВОЗРАСТА – ОФИЦЕРОВ СУХОПУТНЫХ ВОЙСК ВОСТОЧНОГО ВОЕННОГО ОКРУГА: ИТОГИ ШЕСТИЛЕТНЕГО ИССЛЕДОВАНИЯ

¹Дальневосточный государственный медицинский университет,

680000, ул. Муравьева-Амурского, 35, тел. 8-(4212)-76-13-96, e-mail: nauka@mail.fesmi.ru, г. Хабаровск;

²Медицинский учебно-научный клинический центр им. П.В. Мандрыка МО РФ,

107014, ул. Б. Оленья, владение 8а, тел. 8-(499)-785-49-50, г. Москва;

³301 Военный клинический госпиталь, 680000, ул. Серышева, 1, тел. 8-(4212)-39-70-82, г. Хабаровск;

⁴354 Военно-клинический госпиталь МО РФ,

620144, ул. Декабристов, 87, тел. 8-(343)-251-86-77, г. Екатеринбург

Резюме

Статья посвящена итогам проведенного в течение 6 лет сотрудниками 301 военного клинического госпиталя г. Хабаровска и кафедры факультетской терапии ДВГМУ различных аспектов распространенности артериальной гипертензии, наличия сопутствующих ей факторов риска, состояния органов-мишеней и влияния антигипертензивной терапии у мужчин молодого возраста, офицеров сухопутных войск военного восточного округа с гипертонической болезнью.

Ключевые слова: артериальная гипертензия, мужчины молодого возраста, факторы риска, антигипертензивная терапия.