

При существенной гетерогенности результатов исследований целесообразно использовать регрессионный мета-анализ, который позволяет учитывать несколько характеристик, влияющих на результаты изучаемых исследований. Например, детальная оценка исходов и факторов риска у отдельных больных необходима при анализе выживаемости и многофакторном анализе. Результаты регрессионного мета-анализа представляются в виде коэффициента наклона с указанием доверительного интервала.

Для проведения компьютерного мета-анализа в Интернете представлено программное обеспечение.

Бесплатные программы:

RevMan (Review Manager) находится по адресу: <http://www.cc-ims.net/RevMan>;

Meta-Analysis version 5.3: <http://www.statistics.com/content/freesoft/mno/metaana53.htm/>;

EPIMETA: <http://ftp.cdc.gov/pub/Software/epimeta/>.

Платные программы:

Comprehensive Meta-Analysis: <http://www.meta-analysis.com/>;

MetaWin: <http://www.metawinsoft.com/>;

WEasyMa: <http://www.weasyMa.com/>.

Статистические пакеты программ, в которых предоставлена возможность проведения мета-анализа:

SAS: <http://www.sas.com/>;

STATA: <http://www.stata.com/>;

SPSS: <http://www.spss.com/> [1, 15, 17, 18, 19].

Таким образом, количественное объединение данных различных клинических исследований с помощью мета-анализа позволяет получить результаты, которые невозможно извлечь из отдельных клинических исследований. Чтение и изучение систематических обзоров и результатов мета-анализа позволяет более быстро ориентироваться в лавине публикуемых статей и с точки зрения доказательной медицины выбирать из них те немногие, которые действительно заслуживают нашего времени и внимания. Вместе с тем необходимо осознавать, что мета-анализ — не «палочка-выручалочка», решающая проблему научной доказательности, и не стоит заменять им клинические рассуждения.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Systematic reviews and meta-analysis for the surgeon scientist / S. S.Mahidl [et al.] // Br. J. Surg. — 2006. — Vol. 93. — P. 1315–1324.
2. A comparison of results of meta-analyses of randomized control trials and recommendations of clinical experts / E. T.Antman [et al.] // JAMA. — 1992. — Vol. 268, N 2. — P. 240–248.
3. Evidence based medicine: what it is and what it isn't / D. L. Sackett [et al.] // BMJ. — 1996. — Vol. 312. — P. 71–72.
4. Egger, M. Meta-analysis: potentials and promise / M. Egger, S. G. Davey // BMJ. — 1997. — Vol. 315. — P. 1371–1374.
5. Юрьев, К. Л. Доказательная медицина. Кокрановское сотрудничество / К. Л. Юрьев, К. Н. Логановский // Укр. мед. часопис. — 2000. — № 6. — С. 20–25.
6. The Cochrane database of systematic reviews. — London: BMJ Publishing Group and Update Software, 1995. — 260 p.
7. Davies, H. Что такое мета-анализ? / H. Davies, I. Crombie // Клиническая фармакология и фармакотерапия. — 1999. — № 8. — С. 10–16.
8. Egger, M. Meta-analysis: principles and procedures / M. Egger, S. G. Davey, A. N. Phillips // BMJ. — 1997. — Vol. 315. — P. 1533–1537.
9. Lewis, S. Forest plots: trying to see the wood and the trees / S. Lewis, M. Clarke // BMJ. — 2001. — Vol. 322. — P. 1479–1480.
10. Bero, L. The Cochrane Collaboration. Preparing, maintaining, and disseminating systematic reviews of the effects of health care / L. Bero, D. Rennie // JAMA. — 1995. — Vol. 274. — P. 1935–1938.
11. Does the inclusion of grey literature influence estimates of intervention effectiveness reported in meta-analyses? / L. Mc. Auley [et al.] // Lancet. — 2000. — Vol. 356. — P. 1228–1231.
12. Fleiss, J. L. The statistical basis of meta-analysis / J. L. Fleiss // Stat. Methods Med. Res. — 1993. — Vol. 2. — P. 121–145.
13. Greenland, S. Invited commentary: a critical look at some popular meta-analytic methods / S. Greenland // Am. J. Epidemiol. — 1994. — Vol. 140. — P. 290–296.
14. Guidelines for meta-analyses evaluating diagnostic tests / L. Irwig [et al.] // Ann. Intern. Med. — 1994. — Vol. 120. — P. 667–676.
15. Stewart, L. A. Practical methodology of meta-analyses (overviews) using updated individual patient data. Cochrane Working Group / L. A. Stewart, M. J. Clarke // Stat. Med. — 1995. — Vol. 14. — P. 2057–2579.
16. Гринхальх, Т. Основы доказательной медицины / Т. Гринхальх; пер. с англ. — М.: ГЭОТАР – Медиа, 2006. — 240 с.
17. Olkin, I. Statistical and theoretical considerations in meta-analysis / I. Olkin // J. Clin. Epidemiol. — 1995. — Vol. 48. — P. 133–146.
18. Villar, J. Predictive ability of meta-analyses of randomised controlled trials / J. Villar, G. Carroli, J. M. Belizan // Lancet. — 1995. — Vol. 345. — P. 772–776.
19. Deeks, J. J. Systematic reviews in health care: Systematic reviews of evaluations of diagnostic and screening tests / J. J. Deeks // BMJ. — 2001. — Vol. 323. — P. 157–162.

Поступила 01.02.2008

УДК 616.12–005.8–0.53.8–08

СТРУКТУРА ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА, ВОЗРАСТНЫЕ И ПОЛОВЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И СМЕРТНОСТИ НА ГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ЛЕЧЕНИЯ

Н. В. Василевич

Гомельский государственный медицинский университет

Прослежена структура, динамика развития острого инфаркта миокарда в зависимости от пола, возраста, сроков поступления в стационар, тяжести повреждения миокарда на госпитальном этапе лечения.

Ключевые слова: острый инфаркт миокарда, пол, возраст, летальность.

STRUCTURE OF AN ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION, AGE AND SEXUAL FEATURES OF COURSE AND DEATH RATE AT HOSPITAL STAGE OF TREATMENT

N. V. Vasilevich

Gomel State Medical University

The structure, dynamics of development of an acute myocardial infarction depending on the sex, age, terms of receipt to hospital, gravity of injury of myocardium at a hospital stage of treatment were tracked.

Key words: acute myocardial infarction, sex, age, lethality.

Введение

Несмотря на значительные успехи, достигнутые в лечении и профилактике сердечно-сосудистых заболеваний, они продолжают оставаться главной причиной смертности во всем мире [1–3].

За последние годы отмечается значительное снижение смертности от ишемической болезни сердца (ИБС) в США, Австралии, в некоторых странах Западной и Северной Европы. Однако в странах Восточной Европы, к сожалению, такая тенденция не прослеживается, о чем свидетельствуют исследования в Прибалтике, России [4, 5].

Существуют разноречивые эпидемиологические данные по течению сердечно-сосудистых заболеваний, в том числе и острого инфаркта миокарда (ОИМ), у лиц разного пола и возраста. Общепринятое представление, что сердечно-сосудистые заболевания поражают преимущественно лиц мужского пола, не отражают сложившуюся реальную ситуацию в мире. В Европе летальность от сердечно-сосудистых заболеваний у женщин начинает превышать летальность от этих же заболеваний у мужчин [6–8].

По данным американского института статистики заболеваний сердца и мозга и других источников, уровень заболеваемости сердечно-сосудистой патологией в течение последних лет снижается у мужчин и устойчиво повышается у женщин, продолжается рост и числа женщин, умирающих от ИБС [6, 9, 10].

Проведенные исследования возрастных, половых особенностей течения сердечно-сосудистых заболеваний, в том числе и острого инфаркта миокарда, среди жителей Каунуса (Литва), Новосибирска, Томска, Тюмени (Россия) подтверждают указанную тенденцию [1, 2, 4, 5, 11].

Цель исследования — изучить структуру, особенности течения ОИМ у стационарных больных в зависимости от пола, возраста, времени госпитализации в стационар, тяжести повреждения миокарда и провести ретроспективный анализ полученных данных на протяжении последних 7 лет.

Материал исследования

Материалом исследования явились больные с ОИМ, преимущественно г. Гомеля и Гомельского района, находившиеся на лечении в Гомельском областном клиническом кардиологическом диспансере (ГОККД), истории болезни больных с ОИМ, проходивших лечение в ГОККД, данные статистических отчетов.

Статистический анализ проведен с использованием пакета прикладных программ «Statistica» 6, достоверность сравниваемых показателей оценивали с помощью критерия Стьюдента-Фишера. Достоверными считались различия показателей при $p < 0,05$, где минимальная достоверность различий составляла 95%.

С 2000 по 2006 гг. в ГОККД находилось на стационарном лечении 2897 больных с ОИМ, из них 1920 (66,3%) мужчин и 977 (33,7%) — женщин.

Крупноочаговый ОИМ, основным диагностическим критерием которого являлось наличие глубокого зубца Q на ЭКГ, имел место у 1952 больных, что составляло 67,4%, мелкоочаговый инфаркт миокарда наблюдался у 945 пациентов (32,6%). Из поступивших больных повторный инфаркт миокарда составил 18% и отмечался у 521 пациента.

Возрастная структура больных с ОИМ по годам поступления представлена в таблице 1.

Таблица 1 — Возрастная структура больных с ОИМ по годам поступления

Годы	Возрастные группы														
	0–29 лет			30–39 лет			40–49 лет			50–59 лет			60 лет и старше		
	всего	муж.	жен.	всего	муж.	жен.	всего	муж.	жен.	всего	муж.	жен.	всего	муж.	жен.
2000	—	—	—	12	11	1	47	44	3	81	66	15	224	107	117
2001	—	—	—	7	6	1	53	53	—	75	63	12	278	140	138
2002	—	—	—	11	8	3	52	50	2	74	65	9	265	151	114
2003	2	1	1	9	9	0	45	38	7	91	80	11	297	141	156
2004	2	2	—	17	16	1	62	59	3	116	96	20	273	121	152
2005	2	2	—	10	9	1	73	69	4	168	145	23	150	76	74
2006	2	2	—	7	6	1	81	75	6	186	147	39	125	62	63
Всего	8	7	1	73	65	8	413	388	25	791	662	129	1612	798	814

Из представленных в таблице данных видно, что подавляющее количество пациентов (82,9%) поступили с ОИМ в возрасте 50 лет и старше и только 17,1% составили лица до 50 лет, из которых на пациентов мужского пола приходилось 93,1%, а женского — олько 6,9%. Однако среди больных после 60 лет число жен-

щин с ОИМ увеличивается и начинает превышать количество поступивших мужчин (соответственно 50,5 и 49,5%).

Рассчитанное процентное соотношение поступивших мужчин и женщин в зависимости от возраста за 7 лет наблюдения наглядно представлено на рисунке 1.

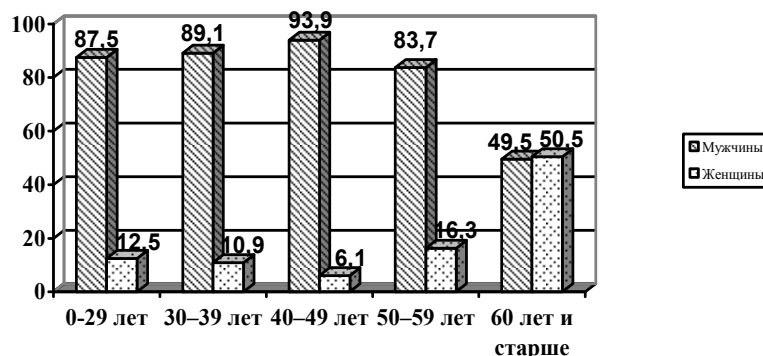


Рисунок 1 — Процентное соотношение поступивших мужчин и женщин в зависимости от возраста за 7 лет

В первые 6 часов от начала заболевания доставлено в стационар 937 (32,3%) больных с ОИМ, через 6–12 часов — 475 (16,4%). В период от 12 до 24 часов доставлено 308 (10,6%) больных с ОИМ, и 1177 пациентов, т. е. 40,6% поступили в стационар после 24 часов от начала заболевания. Таким образом, в первые 12 ча-

сов от начала заболевания поступило менее половины (48,7%) больных с ОИМ.

В таблице 2 представлены данные, характеризующие динамику поступления больных с ОИМ в различные сроки после начала заболевания за 7 лет наблюдения. Эти же данные отображены графически на рисунке 2.

Таблица 2 — Больные с ОИМ, доставленные в стационар в различные сроки от начала заболевания, за период наблюдения

Год поступления	Всего	Время поступления			
		0–6 час кол-во (%)	6–12 час кол-во (%)	12–24 час кол-во (%)	> 24 час. кол-во (%)
2000	364	83 (22,8%)	53 (14,6)	73 (20,0%)	155 (42,6%)
2001	413	92 (22,3%)	92 (22,0%)	10 (2,4%)	220 (53,3%)
2002	402	117 (29,1%)	98 (24,4%)	54 (13,4%)	133 (33,1%)
2003	444	133 (29,9%)	140 (31,5%)	54 (12,2%)	117 (26,4%)
2004	470	151 (32,1%)	55 (11,7%)	52 (11,1%)	212 (45,1%)
2005	403	186 (46,1%)	10 (2,5%)	20 (5,0%)	187 (46,4%)
2006	401	175 (43,6%)	28 (7,0%)	45 (11,2%)	153 (38,2%)

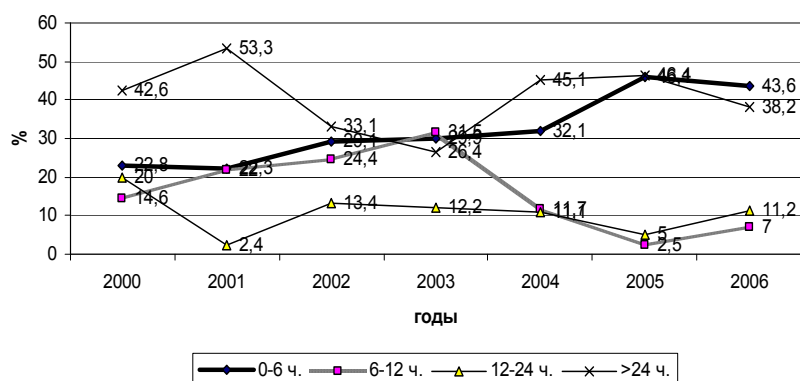


Рисунок 2 — Динамика поступления больных с ОИМ в различные сроки от начала заболевания, за период наблюдения

Как видно из данных, приведенных в таблице 2 и на рисунке 2, отмечается устойчивая положительная динамика в плане увеличения поступления больных в первые 6 часов от начала ОИМ в стационар: 22,8% — в 2000 г. и 43,6% — в 2006 г. ($p < 0,01$), что может свидетельствовать о совершенствовании и улучшении организации оказания медицинской помощи больным с ОИМ в г. Гомеле и Гомельском районе в последние годы. Однако представленные данные свидетельствуют, что начиная с 2003 г. наблюдается уменьшение количества больных с ОИМ, поступивших в стационар в период 6–12 часов от начала заболевания: 31,5% — в 2003 г. и 7,0% — в 2006 г. ($p < 0,01$). Сохраняется достаточно высокий процент поступления больных с ОИМ в стационар по прошествии 24 часов с момента начала заболевания, который несколько снизился только в 2006 году — до 38,2% против, соответственно, 41,5% — в 2004 г. и 46,4% — в 2005 г. Поздние сроки поступления больных с ОИМ в стационар не позволяют использовать один из важнейших

методов лечения, направленный на ограничение зоны повреждения миокарда — системную тромболитическую терапию, которая наиболее эффективна в первые 6–12 часов с момента начала заболевания [12].

Из 2879 пациентов, поступивших за 7 лет в стационар ГОККД, умерло 252 человека: 133 мужчины и 119 женщин. Общая летальность составила 8,7%. При этом летальность среди лиц мужского пола составляет 6,9%, а среди лиц женского пола — 12,2%.

Среди больных с крупноочаговым инфарктом миокарда наблюдались 232 случая летальных исходов (летальность 11,9%), в группе пациентов с мелкоочаговым инфарктом миокарда умерло 20 человек (летальность 2,1%).

Анализируя полученные данные, нельзя не отметить, что летальность среди лиц женского пола — 12,2% значительно выше летальности среди мужчин — 6,9% ($p < 0,01$).

Показатели летальности от ОИМ за исследуемый период наблюдения с учетом пола пациентов представлены в таблице 3 и графически изображены на рисунке 3.

Таблица 3 — Летальность от ОИМ по годам поступления больных в стационар

Год поступления больных	Количество поступивших больных			Количество умерших больных			Летальность (%)		
	всего	муж.	жен.	всего	муж.	жен.	общая	среди мужчин	среди женщин
2000	364	228	136	26	15	11	7,1	6,6	8,1
2001	413	262	151	39	25	14	9,4	9,5	9,3
2002	402	274	128	51	33	18	12,7	12	14,1
2003	444	269	175	46	20	26	10,4	7,4	14,9
2004	470	294	176	32	9	23	6,8	3,1	13,1
2005	403	301	102	32	16	16	7,9	5,3	15,7
2006	401	292	109	26	15	11	6,5	5,1	10,1

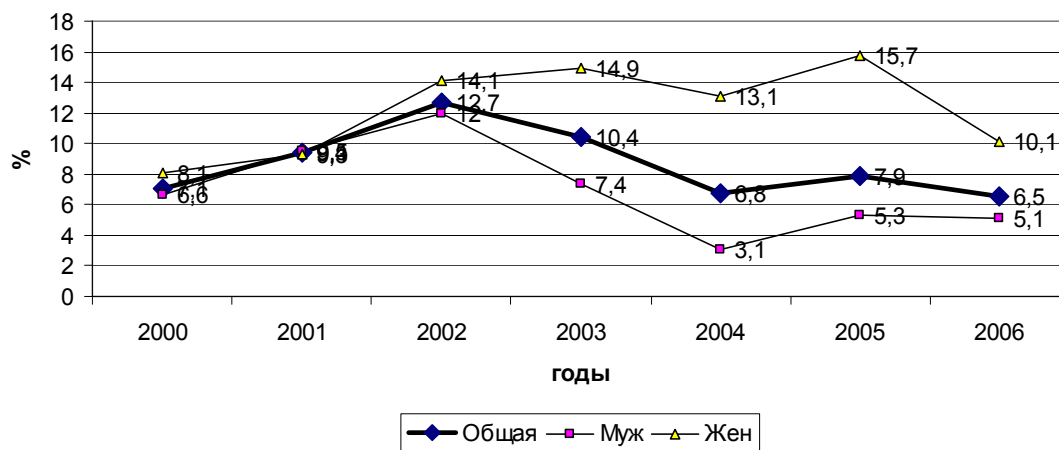


Рисунок 3 — График летальности от ОИМ по годам поступления больных в стационар с учетом пола пациента

Анализируя полученные данные, необходимо отметить снижение общей летальности от ОИМ среди поступивших в стационар больных, начиная с 2002 г.: с 12,7 до 6,5% — в 2006 г. ($p < 0,01$), однако при этом на протяжении последних трех лет общая летальность остается относительно стабильной (6,8% — в 2004 г., 7,9% — в 2005 г., 6,5% — в 2006 г.). Четко прослеживается, что снижение общей летальности за указанные годы (2002–2006) происхо-

дило за счет снижения смертности среди мужчин. Среди лиц женского пола, наоборот, отмечался рост летальности на протяжении практически всех лет, и лишь некоторое снижение ее до 10,1% отмечено в 2006 г. Естественно, что при этом представляет интерес зависимость летальности от возраста поступивших пациентов.

Показатели летальности среди лиц мужского и женского пола в зависимости от возраста представлены в таблице 4.

Таблица 4 — Показатели летальности среди лиц мужского и женского пола в зависимости от возраста за период наблюдения

Возраст	Мужчины			Женщины		
	поступило	умерло	летальность, %	поступило	умерло	летальность, %
0–29	7	1	14,3	1	—	—
30–39	65	1	1,5	8	—	—
40–49	388	17	4,4	25	—	—
50–59	662	29	4,4	129	7	5,4
60 и старше	798	85	10,7	814	112	13,8

Многие авторы считают, что более высокий процент летальности от ОИМ у лиц женского пола связан с более старшим возрастом поступающих больных [2, 4, 10], что, безусловно, имеет место. Однако приведенные выше данные указывают, что уже в возрастной группе 50–59 лет летальность от ОИМ у женщин выше, чем у лиц мужского пола: соответственно, 5,4 против 4,4% и продолжает нарастать в следующей возрастной группе. При этом летальных исходов в возрасте до 50 лет у лиц женского пола не отмечалось.

Исходя из полученных данных можно сделать вывод, что при прочих равных условиях

ОИМ у женщин в возрасте после 50 лет протекает прогностически более неблагоприятно и риск летального исхода выше, чем у лиц мужского пола, что необходимо учитывать при назначении лечения, осуществления лабораторного, ЭКГ, ЭхоКГ контроля за данной категорией пациентов.

Повторный инфаркт миокарда имел место у 521 больного. Из них умерло 100 пациентов. Таким образом, общая летальность при повторном ОИМ за период исследования составила 19,2%. Соответствующие данные по годам поступления больных представлены в таблице 5 и на рисунке 4.

Таблица 5 — Показатели летальности от повторного ОИМ по годам поступления больных

Год поступления	Общее количество больных	Количество выписанных больных	Количество умерших больных	Летальность, %
2000	36	27	9	25,0
2001	81	65	16	19,8
2002	72	51	21	29,2
2003	88	71	17	19,3
2004	106	91	15	14,2
2005	76	62	14	18,4
2006	62	54	8	12,9

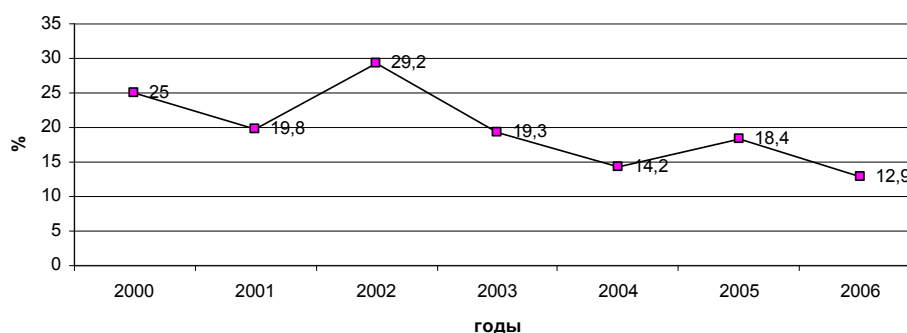


Рисунок 4 — График летальности от повторного ОИМ по годам поступления больных

Представленные данные свидетельствуют о значительном снижении летальности от наиболее тяжело протекающего повторного ОИМ у поступивших больных за последние 4 года: соответственно, 29,2% — в 2002 г. и 12,9% — в 2006 г. ($p < 0,01$). Однако несмотря на достигнутые успехи в лечении больных с повтор-

ным ОИМ, летальность от последнего остается на достаточно высоком уровне.

Представляет значительный интерес и динамика зависимости летальных исходов от времени нахождения больных в стационаре. Указанные данные представлены в таблице 6 и графически изображены на рисунке 5.

Таблица 6 — Показатели летальности ОИМ за исследуемый период в зависимости от времени нахождения больных в стационаре

Год поступления	Умерло всех	Умерло в 1 сутки	% умерших	Умерло в 1–3 сутки	% умерших	Умерло по истечении 3 суток	% умерших
2000	26	12	46,2	5	19,2	9	34,6
2001	39	25	64,1	8	20,5	6	15,4
2002	51	18	35,3	4	7,8	29	56,9
2003	46	18	39,1	4	8,7	24	52,2
2004	32	14	43,7	3	9,4	15	46,9
2005	32	15	46,9	5	15,6	12	37,5
2006	26	10	38,5	9	34,6	7	26,9

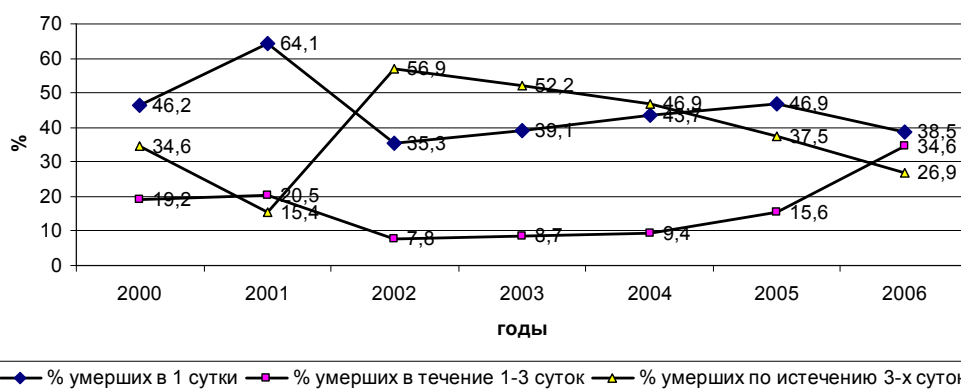


Рисунок 5 — График летальных исходов от ОИМ в зависимости от времени нахождения больных в стационаре за исследуемый период

Из приведенных данных видно, что наиболее «опасными» для больных с ОИМ являются 1 сутки нахождения больных в стационаре. Летальность в этот период имеет тенденцию к росту с 2002 по 2005 гг. и только в 2006 г. несколько уменьшилась — с 46,9 до 38,5%.

На протяжении последних 4 лет с 2002 по 2006 гг. отмечается и неуклонный рост летальных исходов среди больных, находящихся в стационаре на протяжении первых трех суток — с 7,8% в 2002 г. до 34,6% — в 2006 г. ($p < 0,01$). При этом отмечается ежегодное снижение летальных исходов среди больных, находящихся в стационаре на протяжении более 3 суток — с 56,9% в 2002 г. до 26,9% — в 2006 г. ($p < 0,01$).

Выводы

1. Общая внутрибольничная летальность от ОИМ остается стабильной на протяжении последних трех лет. Однако при этом отмечает-

ся достоверное снижение летальности от повторного инфаркта миокарда на протяжении последних четырех лет.

2. Наиболее опасными для больных с острым инфарктом миокарда являются первые сутки нахождения в стационаре. Однако высокий риск возможного летального исхода сохраняется на протяжении трех суток.

3. В возрастной группе больных с ОИМ до 50 лет основной контингент составляют лица мужского пола (93,7%), и только в возрасте старше 60 лет заболеваемость ОИМ у женщин начинает превалировать над заболеваемостью ОИМ у мужчин.

4. Острый инфаркт миокарда у женщин после 50 лет протекает прогностически более неблагоприятно, чем у мужчин, и риск летального исхода выше, чем у лиц мужского пола, что необходимо учитывать при выборе метода

лечения, назначения медикаментозных средств, осуществлении лабораторного, ЭКГ и ЭхоКГ-контроля за данной категорией пациентов.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Акимова, Е. В. Динамика распространенности ишемической болезни сердца и риск сердечно-сосудистой смерти в открытой популяции Тюмени / Е. В. Акимова, В. А. Кузнецов, В. В. Гафаров // Кардиология. — 2006. — № 1. — С. 19–18.
2. Зяблов, Ю. И. Возникновение, течение и ближайший исход острого инфаркта миокарда у мужчин и женщин / Ю. И. Зяблов, С. А. Округин, С. Д. Орлова // Клиническая медицина. — 2001. — № 11. — С. 26–28.
3. Оганов, Р. Г. Профилактика сердечно-сосудистых заболеваний — реальный путь улучшения демографической ситуации в России / Р. Г. Оганов, Г. Я. Масленникова // Кардиология. — 2007. — № 1. — С. 4–7.
4. Динамика заболеваемости острым инфарктом миокарда и риск острого коронарного синдрома среди населения Каунаса в 1986–2001 гг. / Й. Блужас [и др.] // Кардиология. — 2006. — № 4. — С. 52–53.
5. Гафаров, В. В. Программа ВОЗ «Регистр острого инфаркта миокарда»: 25-летнее эпидемиологическое исследование инфаркта миокарда в России (1977-2001) / В. В. Гафаров, А. В. Гафарова, М. Ю. Блажнина // Кардиология. — 2005. — № 8. — С. 48–50.
6. Атрощенко, Е. С. Особенности течения хронической сердечной недостаточности у женщин и специфические аспекты фармакотерапии / Е. С. Атрощенко // Медицина. — 2006. — № 1. — С. 15–18.
7. Факторы риска и особенности течения инфаркта миокарда у женщин / Е. Л. Федорова [и др.] // Клиническая медицина. — 2003. — № 6. — С. 28–32.
8. Bello, N. Epidemiology of Coronary Heart Disease in Women / N. Bello, L. Mosca // Progr Cardiovasc Dis. — 2004. — Vol. 46. — P. 287–295.
9. Растените, Д. Значимость пола больных для смертности в течении 28 дней от первого инфаркта миокарда в зависимости от зубца Q / Д. Растените, Л. Янчайтите // Кардиология. — 2006. — № 4. — С. 50–51.
10. Особенности сердечно-сосудистых заболеваний у женщин / С. Н. Терещенко [и др.] // Кардиология. — 2005. — № 1. — С. 98–104.
11. Гафаров, В. В. Смертность от острого инфаркта миокарда (Эпидемиологическое исследование на основе программ ВОЗ «Регистр острого инфаркта миокарда», МОНИКА) / В. В. Гафаров, М. Ю. Блажнина // Кардиология. — 2005. — № 5. — С. 49–50.
12. Тромболитическая терапия острого инфаркта миокарда у больных пожилого и старческого возраста: ближайший и отдаленный прогноз / Е. П. Павликова [и др.] // Кардиология. — 2002. — № 4. — С. 14–18.

Поступила 14.02.2008

УДК 1.616.127-005.8-0.36.11:615.838.3

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТЕРАПИИ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА ПОСРЕДСТВОМ ПРИМЕНЕНИЯ ГИПЕРБАРИЧЕСКОЙ ОКСИГЕНАЦИИ

Д. П. Саливончик

Гомельский государственный медицинский университет

Применение гипербарической оксигенации в сочетании с традиционным курсом медикаментозного лечения острого инфаркта миокарда достоверно снижает частоту развития повторного ИМ (19% — в контрольной группе и 5,3% — в основной группе, $\chi^2 = 5,0$, $p < 0,05$), повышает 2-летнюю выживаемость после перенесенного ИМ с 86,2 до 94,7%, причем наиболее значимы различия в первые полгода жизни (при применении точного критерия Фишера, $p = 0,047$).

Ключевые слова: гипербарическая оксигенация, инфаркт миокарда, смертность.

HYPERBARIC OXYGENATION THERAPY'S CLINICAL EFFICIENCY IN THE THERAPY OF ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION PATIENTS

D. P. Salivonchik

Gomel State Medical University

HBO application to accompany the acute MI traditional pharmacotherapy proved to reduce MI recurrence within 2 years following in-patient discharge (19% decrease in reference group and 5.3% in test group, $\chi^2 = 5.0$, $p < 0.05$), possible to raise the 2-year survival rate from 86.2 up to 94.7% ($p = 0.047$, when applying Fischer's exact test).

Key words: hyperbaric oxygenation, myocardial infarction, mortality rate.

Заболеваемость болезнями системы кровообращения прочно занимает первое место среди всех нозологий, формируя наибольший процент летальных исходов в структуре смертности от всех причин [1, 2, 7]. Основным инвалидизирующим заболеванием, уносящим миллионы

жизней, является инфаркт миокарда (ИМ) [2, 6, 7, 10]. Частота развития повторного ИМ (ПИМ) в течение первого года от начала заболевания остается высокой, несмотря на использование большого числа дорогих инвазивных технологий [1, 13, 21, 22].