

Европейский регистр острых коронарных синдромов **Инфаркт миокарда с подъемами ST.** **Очередной промежуточный анализ.**

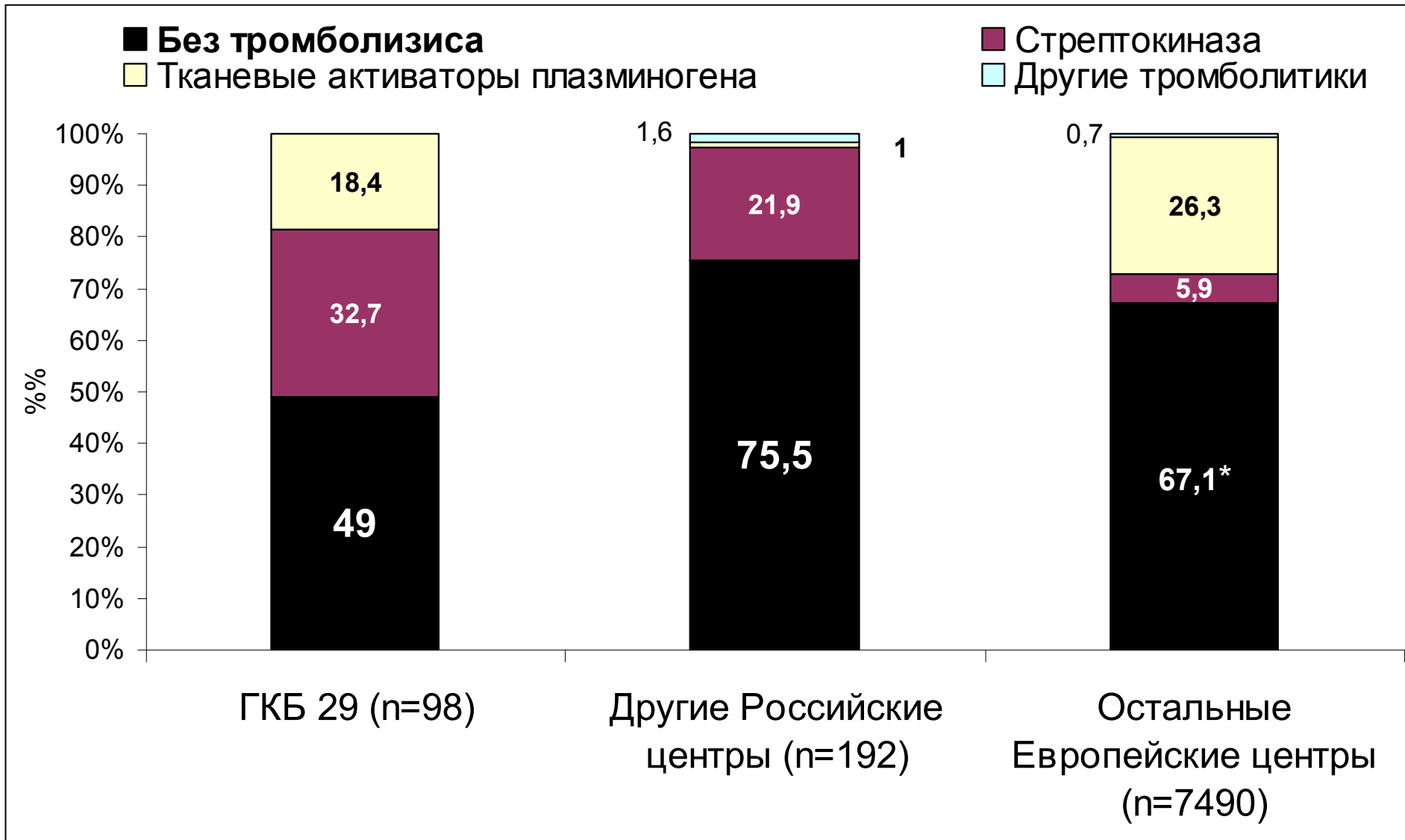
09/02/2010

(Очевидно дата окончания очередного промежуточного анализа.

Существенно обновлены только **Внероссийские** данные.

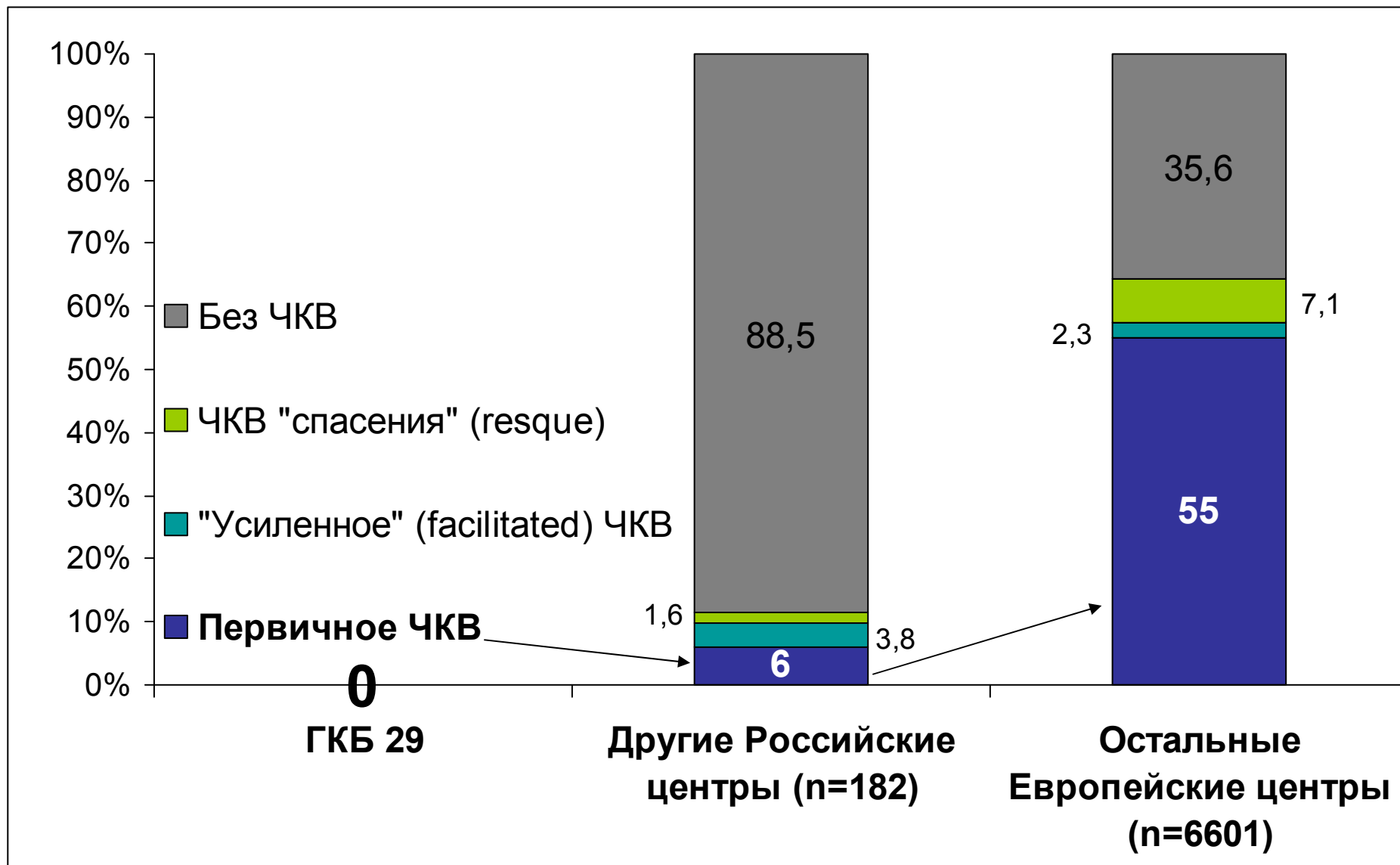
Российские центры новых данных больше практически не предоставляют.

Европейский регистр острых коронарных синдромов ИМ с подъемами ST. Тромболизис



* Объяснение - в качестве метода реперфузии предпочтение отдается первичному ЧКВ (след. рис.)

Европейский регистр острых коронарных синдромов ИМПСТ. Чрезкожные коронарные вмешательства.



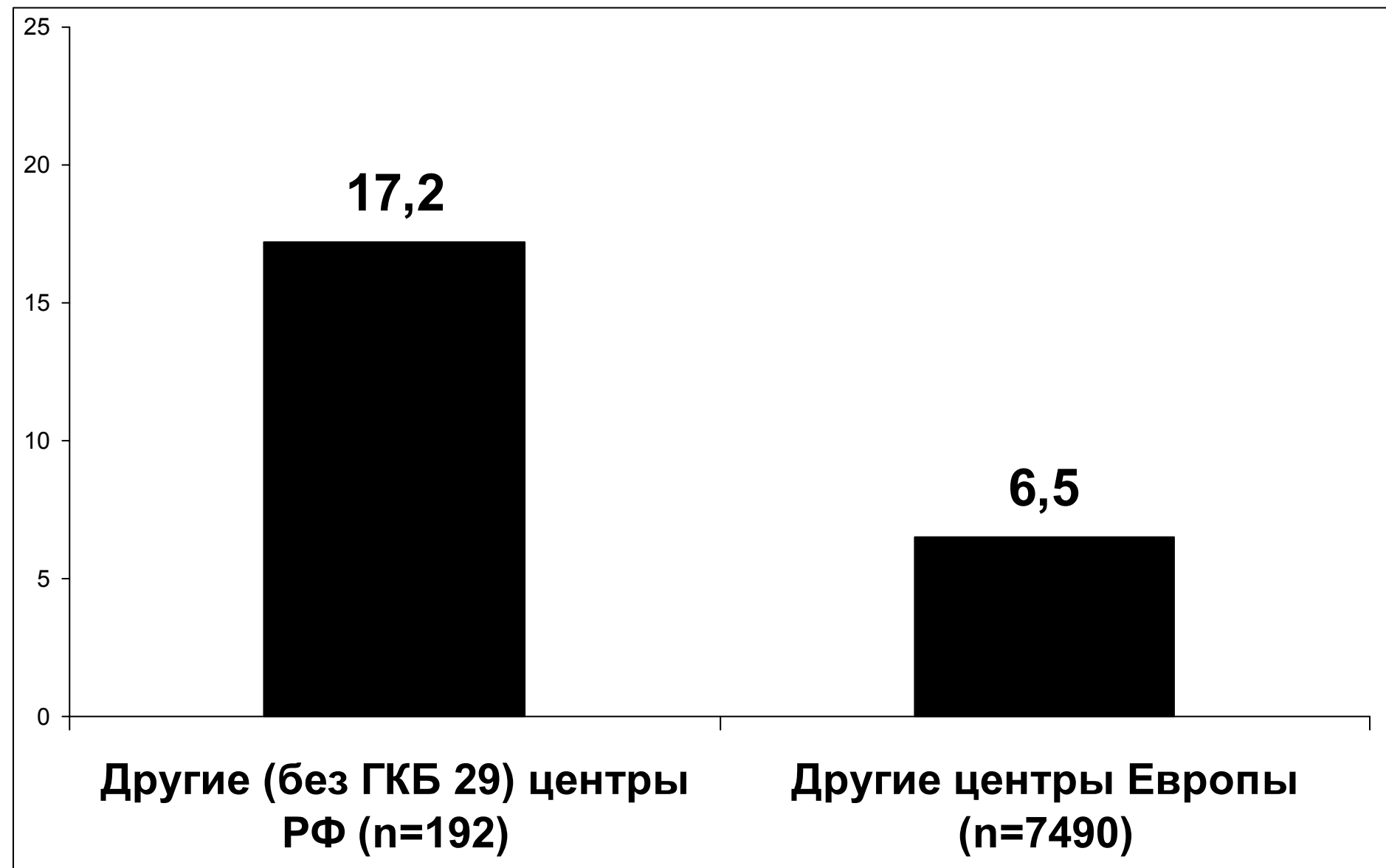
Европейский регистр острых коронарных синдромов
Российские центры.
Больные ИМ с подъемами ST
без попыток реперфузии (оценка)

Вероятная доля больных без реперфузии

100 – (первичное ЧКВ + тромболизис, включающий [?]
ЧКВ спасения и усиленное)

$$100 - (6 + 24.5) = 69.5\%$$

ЕНС. Летальность (госпитальная смертность) (%) при инфаркте миокарда с подъемами ST*



09/02/2010 (Очевидно дата окончания анализа. Существенно обновлены только **Внероссийские** данные)

Дополнение

Разница впечатляющая в любом случае.

Но все же для правильной интерпретации необходимо учитывать, что кроме различий в лечении имели место и различия в исходной характеристике больных.

Правда по этим различиям трудно сделать заключение о явно большем риске больных Российских центров.

У больных Российских центров по сравнению с «Остальными Европейскими» была выше медиана возраста (соответственно 63.9 и 59.4 года), но в Европейских центрах была несколько большей доля больных старше 75 лет (17.2% и 19.1%).

В Российских центрах было больше женщин
- соответственно 30.2% и 20.9%.

Но в них было меньше больных диабетом –
- соответственно 18.4% и 24.3%.

В Европейских центрах короче госпитализация, возможно при Российской длительности в них умер бы кто-нибудь еще.