

Д.Д. Дячук, М.Ю. Коломоєць, А.М. Кравченко, К.О. Міхалєв, І.М. Сімак, О.О. Сопко

## ПРОБЛЕМНІ АСПЕКТИ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ ІЗ ГОСТРИМ КОРОНАРНИМ СИНДРОМОМ НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ. ОКРЕМІ РЕЗУЛЬТАТИ ВОСЬМИРІЧНОГО ЛОКАЛЬНОГО ВІДОМЧОГО РЕЄСТРУ ПАЦІЄНТІВ, ЯКІ ПЕРЕНЕСЛИ ГОСТРИЙ ІНФАРКТ МІОКАРДА

Державна наукова установа «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини»  
Державного управління справами, Київ, Україна

### Резюме

**Мета** – ретроспективний аналіз даних пацієнтів Державної наукової установи «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами (ДНУ «НПЦ ПКМ» ДУС), які перенесли інфаркт міокарда (ІМ) 2010-2017 роками, та порівняння отриманих даних із результатами вітчизняних і низки світових реєстрів.

**Матеріал і методи.** Проаналізували 756 випадків ІМ, зареєстрованих впродовж 2010-2017 рр. у 700 пацієнтів. Середній вік пацієнтів складав  $71,9 \pm 10,79$  року. Гендерна структура була такою: чоловіків – 502 (66,4%), жінок – 254 (33,6%). Q-ІМ зареєстровано в 461 (61,0%) випадку, не-Q-ІМ – у 295 (39,0%). ІМ в анамнезі був у 201 (28,7%) пацієнта, всього зареєстровано 225 (29,8%) випадків повторного ІМ.

**Результати.** Середній вік пацієнтів, включених до локального реєстру, був більшим за такий у переважній більшості обраних для порівняння вітчизняних і світових досліджень. Впродовж 2010-2017 рр. захворюваність на ІМ серед контингенту пацієнтів ДНУ «НПЦ ПКМ» ДУС в 1,5-3 рази перевищувала аналогічний показник в Україні. Крім того, не виявлено тренду щодо частоти реєстрації випадків Q- і не-Q ІМ. За гострого коронарного синдрому (ГКС) зі стійким підйомом сегмента ST (ГКСпST) час «симптоми – виклик бригади швидкої медичної допомоги» складав 117 (60-454) хв. ( $n=57$ ), а за ГКС без стійкого підйому сегмента ST (ГКСбпST) – 559 (68-2880) хв. ( $n=89$ ) ( $p<0,001$ ). Часовий проміжок «симптоми-госпіталізація» для ГКСбпST був значуще довшим за такий для ГКСпST: 640 (195-2974) хв. ( $n=55$ ) проти 225 (150-525) хв. ( $n=85$ ) ( $p=0,002$ ). Згідно з даними локального відомчого реєстру, впродовж 2010-2017 рр. спостерігалось збільшення частоти виконання транскатанних коронарних утручань – як у цілому, так і для окремих типів ІМ, що узгоджується з тенденцією в Україні та низці країн Європейського Союзу.

**Висновок.** Створення та науковий супровід локального відомчого реєстру пацієнтів ДНУ «НПЦ ПКМ» ДУС, які перенесли ІМ, дозволяє отримати інформацію про характеристики залученої популяції (демографічні, епідеміологічні, клінічні тощо), особливості надання медичної допомоги в умовах реальної клінічної практики, а також зіставити отримані результати з даними вітчизняних і світових реєстрових досліджень

**Ключові слова:** гострий коронарний синдром, інфаркт міокарда, реєстр.

Згідно з даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, серед 56,4 млн. випадків смертей, зареєстрованих в усьому світі 2015 року, понад половину (54%) було пов'язано з десятьма найбільш поширеними причинами, серед яких «лідерами» впродовж останніх 15 років залишаються ішемічна хвороба серця (ІХС) та інсульт [23].

Незважаючи на значні зусилля науковців і клініцистів в усьому світі, широке впровадження найновітніших методів лікування та діагностики, проблема лікування гострих форм ІХС залишається однією з «найгостріших» у кардіології. Медична та соціальна значущість гострого коронарного синдрому (ГКС), до якого належать як інфаркт міо-

карда (ІМ), так і нестабільна стенокардія, неодноразово демонструвалися авторитетними клінічними дослідженнями [8, 14, 20].

Останні аналітично-статистичні дані свідчать, що близько 52,4% населення України мають хвороби системи кровообігу (ХСК), які є лідерами серед причин смерті. В Україні щороку реєструється в межах 40-50 тисяч випадків ІМ (2010 р. – 50004 осіб; 2011 р. – 49978; 2012 р. – 50562; 2013 р. – 50744; 2014 р. – 40924; 2015 р. – 42371; 2016 р. – 42047). Варто зазначити, що частка працездатних, які перенесли ІМ, 2016 року становила 29,7% від усіх дорослих [3].

Останніми роками для вивчення реальної клінічної практики щодо ГКС запропоновано проведення епідеміологічних досліджень за допомогою реєстрів. Важливість проведення подібних досліджень підкреслюється, зокрема, у доповіді Робочої групи Американського коледжу кардіологів / Американської асоціації серця щодо стандартизації реєстрації клінічних даних, де вказується, що дані, отримані за допомогою реєстрів, сприятимуть оптимізації надання медичної допомоги пацієнтам із ГКС [10].

В Україні також розпочато роботу з організації та наукового супроводу реєстрів ІМ, один з яких виконано як «зрізове» дослідження в рамках реєстру Euro Heart Survey ACS Snapshot, причому учасники проекту включили 262 пацієнти [6]. До іншого вітчизняного реєстру STIMUL [1] введено 1103 хворих віком  $\geq 18$  років із ГКС зі стійким підйомом сегмента ST (ГКСпST), госпіталізованих у кардіологічні й кардіохірургічні стаціонари Вінниці та Хмельницького (три центри) з січня 2008 р. до червня 2011 р. впродовж перших 24 год. від початку розвитку захворювання. Слід зауважити, що прогресивним для України є створення та науковий супровід реєстру транскутанних коронарних втручань (ТКВ), який започатковано Всеукраїнською громадською організацією «Асоціація інтервенційних кардіологів України» в середині 2010 року [4].

У цьому контексті організація локального реєстру ГКС/ІМ із залученням пацієнтів ДНУ «НПЦ ПКМ» ДУС дозволить детально дослідити їхні клінічні характеристики, розробити та вдосконалити діагностичну й лікувальну тактику, оцінити прихильність до лікування в умовах тривалого спостереження, створити підґрунтя для проведення клінічних досліджень у майбутньому.

**Метою** дослідження було проведення ретроспективного аналізу даних пацієнтів ДНУ

«НПЦ ПКМ» ДУС (медичні картки амбулаторного та стаціонарного хворого, у т.ч. електрокардіограми), які перенесли ІМ 2010-2017 роками (демографічні, клінічні, епідеміологічні показники, логістичні аспекти надання медичної допомоги, частота виконання ТКВ), та порівняння отриманих даних із результатами вітчизняних і низки світових реєстрів [1, 2, 4, 6, 7, 9, 11-13, 15, 17-19, 21, 22].

## МАТЕРІАЛ І МЕТОДИ

У рамках створення локального відомчого реєстру ДНУ «НПЦ ПКМ» ДУС проаналізовано 756 випадків ІМ, зареєстрованих впродовж 2010-2017 рр., які трапились у 700 пацієнтів. Середній вік пацієнтів на момент встановлення діагнозу ІМ (з урахуванням повторних випадків) складав  $71,9 \pm 10,79$  року, мінімальний – 36 років; максимальний – 96 років, 95% довірчий інтервал (ДІ) – 71,1-72,7 року. Гендерна структура була такою: чоловіки – 502 (66,4%) (середній вік  $70,6 \pm 10,98$  року), жінки – 254 (33,6%) (середній вік  $74,5 \pm 9,92$  року). Q-ІМ зареєстровано в 461 (61,0%) випадку, не-Q-ІМ – у 295 (39,0%). ІМ в анамнезі був у 201 (28,7%) пацієнта, причому всього за 2010-2017 рр. зареєстровано 225 (29,8%) випадків повторного ІМ. Поширеність артеріальної гіпертензії (АГ) становила 97,6% (683 із 700 пацієнтів). Серед включених до реєстру пацієнтів на передгоспітальному етапі померли 8 осіб, на госпітальному – 117, всього 125 (17,9%) пацієнтів.

Статистичну обробку матеріалу проводили за допомогою програмних пакетів Statistica v. 12.6 (StatSoft Inc., USA), SPSS v. 25.0 (Armonk, NY: IBM Corp., USA) та MedStat [5]. Центральну тенденцію та варіацію кількісних показників позначали як  $M \pm CB$  або  $Me$  (МКІ). Порівняння кількісних ознак у двох групах проводили за допомогою критерію Mann-Whitney. Порівняння абсолютної та відносної частот (%) виявлення якісних ознак здійснювали за допомогою критерію  $\chi^2$  (у т.ч. для встановлення лінійного тренду в множинних порівняннях для впорядкованих градацій). За наявності значущої відмінності за критерієм  $\chi^2$  порівняння окремих категорій якісних ознак у стовпчиках таблиць здійснювали за допомогою z-тесту за методом Bonferroni. Межі 95% ДІ для вибірових середніх величин ( $M$ ) і відносних частот (%) виявлення ознаки враховували під час їх порівняння з відповідними показниками в окремих дослідженнях. Рівень статистичної значущості був  $p < 0,05$ .

**РЕЗУЛЬТАТИ ТА ОБГОВОРЕННЯ**

Вікова структура включених випадків була такою: <40 років – 0,4% (n=3); 40-49 років – 2,1% (n=16); 50-59 років – 10,7% (n=81); 60-69 років – 26,1% (n=197); 70-79 років – 34,4% (n=260); 80-89 років – 23,7% (n=179); ≥90 років – 2,6% (n=20), – що свідчить про домінування пацієнтів старших вікових груп у реєстрі ДНУ «НПЦ ПКМ» ДУС. У контексті порівняння з демографічними характеристиками інших реєстрів ІМ слід відзначити, що середній вік пацієнтів, включених до локального реєстру, є більшим за такий у переважній більшості обраних для порівняння вітчизняних і світових досліджень, де він коливався від 55±9,9 року (95% ДІ 54,5-56,2 року) [2] до 69±13,2 (95% ДІ 68,5-68,9 року) [15]. Гендерна структура випадків ІМ у локальному реєстрі є порівнянною з такою у переважній більшості інших популяцій (а саме – більша частота виявлення чоловіків), а частота пацієнтів з ІМ в анамнезі в локальному та наведених вітчизняних і світових реєстрах характеризується суттєвою варіативністю та коливається від 11,7% [2] до 36,5% [12].

Результати аналізу захворюваності на ІМ у період 2010-2017 рр. засвідчили, що цей показник серед контингенту пацієнтів ДНУ «НПЦ ПКМ» ДУС у 1,5-3 рази перевищує аналогічний в Україні [3] (рис. 1). Поряд із цим, у цілому впродовж досліджуваного періоду спостерігалось зниження показника захворюваності на ІМ серед контингенту пацієнтів ДНУ «НПЦ ПКМ» ДУС.

Впродовж останніх двох десятиліть підходи до надання медичної допомоги пацієнтам із ГКС докорінно змінилися [8, 14, 20]. Натомість на сьогоднішній день рівень діагностики ІМ в Україні не відповідає повною мірою європейським вимогам, про що свідчить аналіз показників захворюваності та смертності від ХСК. Динаміка смертності від ХСК серед усього населення України за 1975-

2016 рр. характеризувалась періодами зростання та спаду. Проте спостерігалось прогресивне збільшення смертності від ХСК в Україні, яка досягла одного з найвищих рівнів у Європі (як серед дорослого населення в цілому, так і його працездатної частини – 68,0% і 31,8%), причому перше місце у структурі смертності від ХСК посідає ІХС – 69,0% (дані 2015 р.). Так, згідно з даними останніх років, загальний показник смертності від ІМ в Україні становив 23,5 на 100 000 населення (2015 р.), у той час як у Фінляндії – 65,2, Німеччині – 61,9, Угорщині – 60,5, Швеції – 58,9, Латвії – 58,5, Австрії – 53,3, Італії – 46,5, Великій Британії – 44,2, Литві – 39,6, Польщі – 35,5, Нідерландах – 33,9 і Франції – 23,5. Впродовж 2010-2016 рр. тренд смертності в Україні від ІМ не мав чіткого лінійного характеру, хоча в цілому спостерігалась негативна тенденція щодо цього показника, що залишає прогноз песимістичним: 2010 р. – 21,9 на 100 000 населення, 2011 р. – 22,8; 2012 р. – 26,9; 2013 р. – 25,2; 2014 р. – 27,5; 2015 р. – 23,5; 2016 р. – 25,7 [3].

Як відомо, серед причин смерті провідними є такі чинники ризику ХСК, як: АГ (13%), тютюнокуріння (9%), гіперглікемія (6%), гіподинамія (6%) та надмірна маса тіла / ожиріння (5%). Якщо зазначені поведінкові й метаболічні чинники ризику трапляються одночасно в одного пацієнта, вони діють синергічно, збільшуючи ймовірність виникнення серцево-судинних катастроф, у т.ч. ІМ. Як відомо, Україна належить до країн із високою поширеністю АГ, яка вражає близько третини дорослого населення. Особливої уваги заслуговує той факт, що у 43,9% випадків пацієнти з АГ – це особи працездатного віку, стан здоров'я яких суттєво впливає на трудові та економічні резерви країни [3].

Однією з причин такого псевдонизького рівня смертності в Україні від ІМ є неадекватна його діагностика, причому частота виявлення ІМ у нашій країні, найбільш імовірно, має бути щонайменше втричі більшою. Так, ширше впровадження у світовій практиці чутливих тестів для визначення маркерів некрозу міокарда (у т.ч. тропонінового тесту) цілковито змінило структуру пацієнтів із ГКС (ІМ) зі стійкою або без стійкої елевачії сегмента ST (ГКСпST і ГКСбпST відповідно) у бік переважання останнього типу, про що свідчать, наприклад, нещодавно опубліковані результати таких реєстрів, як SWEDHEART, ProACS і FAST-MI [12, 19, 21]. Аналіз структури типів ІМ у період 2010-2017 рр. у локальному реєстрі, на відміну від зазначених вище реєстрів, не виявив тренду щодо частоти реєстрації випадків Q- та не-Q ІМ: 2010 р. – 54,7% (n=75) / 45,3% (n=62); 2011 р. – 60,3% (n=70) / 39,7% (n=46); 2012 р. – 62,9% (n=66) / 37,1% (n=39); 2013 р. – 61,3% (n=57) / 38,7% (n=36); 2014 р. – 80,9% (n=76)

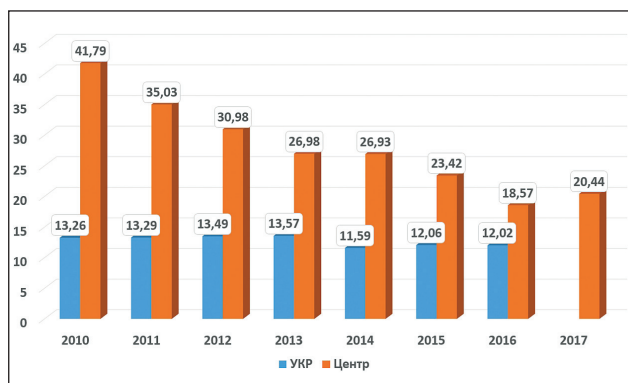


Рис. 1. Захворюваність на ІМ в Україні та Центрі (ДНУ «НПЦ ПКМ» ДУС) за період 2010-2017 рр. (на 10 000 населення) [3].

/ 19,1% (n=18); 2015 р. – 66,3% (n=53) / 33,7% (n=27); 2016 р. – 46,0% (n=29) / 54,0% (n=34); 2017 р. – 51,5% (n=35) / 48,5% (n=33) (ртренд=0,952), – що диктує необхідність оптимізації діагностичних заходів.

Одним із найважливіших питань в організації медичної допомоги пацієнтам із ГКС є налагодження логістики для вчасного проведення належних діагностичних і лікувальних заходів. Так, логістику надання медичної допомоги пацієнтам із ГКС відображено в сучасних рекомендаціях Європейського товариства кардіологів на прикладі ГКСпСТ [14].

Аналіз 146 випадків ГКС серед контингенту ДНУ «НПЦ ПКМ» ДУС показав, що середній час «симптоми – виклик бригади швидкої медичної допомоги (ШМД)» складав 240 (60-1722) хв. [4,0 (1,0-28,7) год.], причому структура цього показника за інтервалами була такою: <1 год. (n=31; 21,23%); 1 – до 3 год. (n=36; 24,66%); 3 – до 6 год. (n=14; 9,59%); 6 – до 12 год. (n=12; 8,22%); 12 – до 24 год. (n=7; 4,79%); 24 – до 48 год. (n=15; 10,27%); 48 – до 72 год. (n=14; 9,59%); ≥72 год. (n=17; 11,64%). За ГКСпСТ час «симптоми – виклик бригади ШМД» становив 117 (60-454) хв. [1,95 (1,0-7,6) год.] (n=57), а за ГКСбпСТ – 559 (68-2880) хв. [9,3 (1,1-48,0) год.] (n=89) (p<0,001).

Розподіл часового проміжку «симптоми – виклик бригади ШМД» за інтервалами в цілому та з урахуванням форми ГКС наведено в табл. 1.

Згідно з даними табл. 1, частота виявлення пацієнтів, які викликали бригаду ШМД впродовж першої години після виникнення симптоматики, становила лише 21,2%. Натомість була досить вагомою частка осіб, які зволікають із вчасним зверненням за медичною допомогою (наприклад, ≥72 годин –

11,6%). Аналіз даних табл. 1 у цілому вказує на відмінності у структурі інтервалів часового проміжку «симптоми – виклик бригади ШМД» для ГКСпСТ і ГКСбпСТ ( $\chi^2=19,793$ ; p=0,006). Цю відмінність зумовлено, в основному часткою пацієнтів, які здійснюють виклик в інтервалах «1 - до 3 год.» (вона більша для ГКСпСТ) і «≥72 год.» (вона більша для ГКСбпСТ).

Серед проаналізованих 146 випадків середній час «виклик – доїзд бригади ШМД» складав 21 (15-27) хв., і для обох форм ГКС значуще не різнився (p=0,069): для ГКСпСТ – 24 (18-30) хв. (n=57), для ГКСбпСТ – 21 (15-26) хв. (n=89).

Затримка на рівні пацієнта є однією з причин невчасної госпіталізації. У цілому згідно з аналізом 140 випадків ГКС часовий проміжок «симптоми-госпіталізація» в середньому складав 330 (170-1747) хв. [5,5 (2,8-29,1) год.]. Розподіл часового проміжку «симптоми-госпіталізація» за інтервалами був таким: <1 год. (n=1; 0,71%); 1 – до 3 год. (n=36; 25,71%); 3 – до 6 год. (n=37; 26,43%); 6 – до 12 год. (n=13; 9,29%); 12 – до 24 год. (n=11; 7,86%); 24 – до 48 год. (n=13; 9,29%); 48 – до 72 год. (n=12; 8,57%); ≥72 год. (n=17; 12,14%). Причому для ГКСбпСТ він був значуще довшим за такий для ГКСпСТ: 640 (195-2974) хв. [10,1 (3,25-49,6) год.] проти 225 (150-525) хв. [3,75 (2,5-8,75) год.] (p=0,002).

Розподіл часового проміжку «симптоми-госпіталізація» за інтервалами з урахуванням форми ГКС наведено в табл. 2.

Аналіз даних табл. 2 у цілому вказує на відмінності у структурі інтервалів часового проміжку «симптоми-госпіталізація» для ГКСпСТ в ГКСбпСТ ( $\chi^2=16,029$ ; p=0,025). Цю відмінність зумовлено в

Таблиця 1

**Частота виявлення (%) пацієнтів з різною тривалістю проміжку «симптоми-виклик бригади ШМД» залежно від форми ГКС (n=146)**

Часовий проміжок	ГКСпСТ n=57	ГКСбпСТ n=89	P
<1 год, n (%)	14 (24)	17 (19)	0,006
1 – до 3 год, n (%) <sup>z</sup>	22 (39)	14 (16)	
3 – до 6 год, n (%)	4 (7)	10 (11)	
6 – до 12 год, n (%)	6 (10)	6 (7)	
12 – до 24 год, n (%)	1 (2)	6 (7)	
24 – до 48 год, n (%)	4 (7)	11 (12)	
48 – до 72 год, n (%)	5 (9)	9 (10)	
≥72 год, n (%) <sup>z</sup>	1 (2)	16 (18)	

Примітка. <sup>z</sup> – статистично значуща відмінність у z-тесті.

**Частота виявлення (%) пацієнтів з різною тривалістю проміжку «симптоми-госпіталізація» залежно від форми ГКС (n=140)**

Часовий проміжок	ГКСпST n=55	ГКСбпST n=85	P
<1 год, n (%)	0	1 (1,2)	0,025*
1 – до 3 год, n (%)	18 (32,7)	18 (21,2)	
3 – до 6 год, n (%)	18 (32,7)	19 (22,4)	
6 – до 12 год, n (%)	7 (12,7)	6 (7,1)	
12 – до 24 год, n (%)	4 (7,3)	7 (8,2)	
24 – до 48 год, n (%)	2 (3,6)	11 (12,9)	
48 – до 72 год, n (%)	5 (9,0)	7 (8,2)	
≥72 год, n (%) <sup>z</sup>	1 (2,0)	16 (18,8)	

*Примітка.* <sup>z</sup> – статистично значуща відмінність у z-тесті; \* – результат нестійкий.

основному часткою пацієнтів, яких було госпіталізовано в інтервалі «≥72 год.» (вона більша для ГКСбпST).

Згідно з даними локального реєстру, впродовж першої години від початку симптоматики пацієнтів було госпіталізовано лише в 0,7% випадків (95% ДІ 0,0-2,8%), перших трьох годин – у 27,9% (95% ДІ 20,5-35,3%), шести годин – 52,9% (95% ДІ 44,6-61,2%) і 12 годин – 62,1% (95% ДІ 54,1-70,1%). У вітчизняному реєстрі ці показники становили відповідно 4,6% (95% ДІ 2,4-7,4%), 34% (95% ДІ 28,2-39,7%), 66% (95% ДІ 60,2-71,6%) і 77,1% (95% ДІ 71,8-82,0%). Тобто у вітчизняному реєстрі переважну більшість пацієнтів було госпіталізовано в термін до 6 годин від початку клінічної симптоматики, на відміну від локального реєстру, за результатами якого трохи менше від половини пацієнтів було госпіталізовано через ≥12 годин [6].

Отже, затримки на різних етапах логістичного «ланцюжка» надання медичної допомоги для ГКС (у т.ч. на рівні пацієнта) диктують необхідність не лише налагодження роботи відповідних служб, а й оптимізації комплексного лікування пацієнтів у цьому стані на передгоспітальному етапі [8, 14].

Як відомо, механічна реперфузія за допомогою первинного ТКВ у пацієнтів із ГКСпST, виконана в перші години після появи симптомів ІМ, є найефективнішим методом відновлення перфузії міокарда, який значуще знижує смертність у цій когорті пацієнтів [4]. Поряд із цим, ГКСбпST є найчастішою маніфестацією ГКС, причому захворюваність і смертність залишаються високими та зіставними з такими у пацієнтів з ІМпST впродовж тривалого періоду спостереження. Основною метою коронароангіографії та наступної ревазуляризації в пацієнтів із ГКСбпST є полегшення симптомів та полі-

пшення прогнозу (подібно до ГКСпST). Під час вибору стратегії лікування слід враховувати сумарну якість життя, тривалість госпіталізації та потенційні ризики, асоційовані з інвазійним і фармакологічним підходами. Важливою є рання стратифікація ризику з метою ідентифікації пацієнтів високого безпосереднього та відстроченого ризику смерті й розвитку серцево-судинних подій, в яких рання інвазійна стратегія із супутньою фармакотерапією можуть цей ризик знизити [8, 14, 20].

Згідно з даними локального відомчого реєстру, впродовж 2010-2017 рр. спостерігалось збільшення частоти виконання ТКВ – як у цілому (рис. 2), так і за обох типів ІМ (дані доступні у 720 [95,2%] випадках;  $\chi^2$  для всього тесту = 92,681;  $p < 0,001$ ). Причому за результатами зіставлення частоти випадків ТКВ впродовж 2010-2017 рр., отриманої в локальному реєстрі, з результатами об'єднаного аналізу даних 37 європейських країн (порівняння 2011 р. і 2007 р.) виявлена нами тенденція узгоджується з показниками 13 інших країн, де приріст виконання процедур первинного ТКВ у пацієнтів із ГКСпST впродовж зазначеного періоду був найвідчутнішим, а саме: Австрії, Болгарії, Хорватії, Греції, Італії, Латвії, Нідерландів, Португалії, Румунії, Сербії, Туреччині та Великої Британії (Англія/Вельс) [16]. Крім того, виявлена нами тенденція узгоджується також і з загальноукраїнським трендом впродовж 2011-2017 рр. [4].

За результатами аналізу сумарного рівня перед- і госпітальної летальності серед пацієнтів, включених до локального реєстру, за період 2010-2017 рр. чіткої тенденції простежити не вдалося: 2010 р. – 21,0% (26 зі 124 пацієнтів); 2011 р. – 13,7% (14/102); 2012 р. – 20,2% (19/94); 2013 р. – 23,3% (20/86); 2014 р. – 25,6% (23/90); 2015 р. – 13,2% (10/76); 2016 р. – 1,6% (1/62); і 2017 р. – 18,2% (12/66)

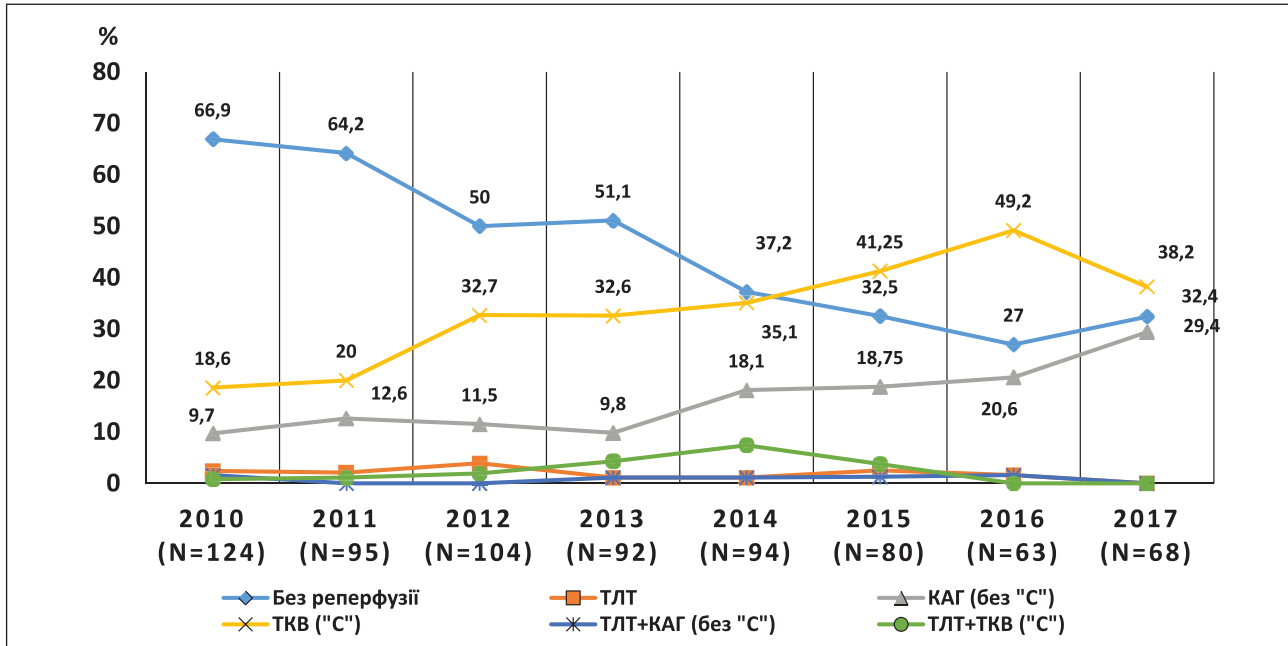


Рис. 2. Стратегія ведення пацієнтів із ГКС (ІМ), включених до локального реєстру, в цілому (2010-2017 рр.):  
 N – кількість випадків ІМ на відповідному часовому етапі, ТЛТ – тромболітична терапія, КАГ – коронароангіографія,  
 «С» – стентування, ТКВ – транскатанне коронарне втручання.

( $r_{\text{тренд}}=0,130$ ). Слід зазначити, що попри збільшення обсягів проведення інвазійних процедур із приводу ГКС наразі неможливо провести коректний аналіз взаємозв'язків показника летальності зі стратегією лікування. Це може бути пов'язано з тим, що пацієнти, які померли на передгоспітальному етапі або в стаціонарі, в основному належали до старших вікових груп, мали суттєво обтяжене коморбідне тло, у т.ч. хронічні захворювання у фазі декомпенсації та поширені злоякісні новоутворення, і їм, як правило, проводилось консервативне лікування. Щодо пацієнтів, які вижили у стаціонарі, у т.ч. тих, кому виконувались інвазійні втручання, – необхідними аспектами подальших досліджень є триваліше спостереження, аналіз початкових характеристик і ретельне збирання даних про клінічні наслідки, що дозволить коректніше встановити взаємозв'язки епідеміологічних показників зі стратегією лікування ГКС/ІМ, зокрема з ширшим впровадженням інвазійних технологій – як у рамках локального реєстру, так і на рівні України.

### ВИСНОВОК

Створення та науковий супровід локального відомчого реєстру пацієнтів ДНУ «НПЦ ПКМ» ДУС, які перенесли ІМ, дозволяє отримати інформацію про характеристики залученої популяції (демографічні, епідеміологічні, клінічні), особливості надання медичної допомоги в умовах реальної клінічної практики, а також зіставити отримані результати з даними вітчизняних і світових реєстрових досліджень.

У контексті перспектив подальших досліджень слід зазначити, що наразі існує нагальна потреба максимального наближення всіх етапів медичної допомоги до регламентованих принципів міжнародних і вітчизняних стандартів, для чого спочатку доцільним є вивчення реальної ситуації щодо ГКС у рамках створення локального реєстру. Отримані результати сприятимуть формуванню підґрунтя для оптимізації системи заходів, спрямованих на поліпшення показників як виживання, так і якості життя цих пацієнтів. Крім цього, вкрай важливо виявляти осіб групи високого ризику та приділяти їм особливу увагу, використовуючи інтегровані економічні й ефективні підходи до оцінювання та керування ризиками. Прогнозні розрахунки вказують, що якщо їм не протидіяти уваги, негативний вплив на здоров'я буде ще більшим у майбутньому. Переорієнтація системи охорони здоров'я на економічно зацікавлену профілактику, участь громади, програми підвищення усвідомлення, спеціально спрямовані на молодь і школи, допоможуть наступному поколінню. Зниження смертності від ХСК – проблема не лише медична, а й соціальна, тому шляхи її вирішення мають бути загальнодержавними [3].

## ЛІТЕРАТУРА

1. Валуєва С.В. Прихильність до лікування у хворих через рік після гострого інфаркту міокарда із зубцем Q, за даними українського реєстру STIMUL. *Серце і судини*. 2012. № 4. С. 69-74.
2. Пархоменко О.М., Корнацький Ю.В., Кожухов С.М., Гур'єва О.С., Лутай Я.М., Іркін О.І. Стрессова гіперглікемія та активація системного запалення як складові розвитку гострої серцевої недостатності у пацієнтів із гострим інфарктом міокарда з елевацією сегмента ST і збереженою фракцією викиду лівого шлуночка. *Укр. мед. часопис*. 2013. № 1 (93). С. 158-163.
3. Дорогой А.П., Манойленко Т.С., Ревенько І.Л., Дорохіна Г.М. Проблеми здоров'я і тривалості життя в сучасних умовах: посіб. / За ред. В.М. Коваленка, В.М. Корнацького. Київ: Гордон, 2017. 299 с.
4. Азизов В.Б., Антонюк І.В., Беклицкий Д.Д., Бараненко А.В., Барский А.Н. и др. Реестр перкутаных коронарных вмешательств: расширенный сравнительный анализ результатов 2016 года. Реперфузионный парадокс в Украине. *Серце і судини*. 2017. № 3. С. 14-31.
5. Лях Ю.Е., Гурьянов В.Г., Хоменко В.Н., Панченко О.А. Основы компьютерной биостатистики. Анализ информации в биологии, медицине и фармации статистическим пакетом Medstat. Донецк: Издатель Папакица Е.К., 2006. 214 с.
6. Пархоменко А.Н., Лутай Я.М., Даншан Н. Украинский регистр острого инфаркта миокарда как фрагмент Европейского: характеристика больных, организация медицинской помощи и госпитальная терапия. *Укр. мед. часопис*. 2011. № 1 (81). С. 20-24.
7. Al'Aref S., Wong S., Swaminathan R., McNair P., Feldman D. et al. Analysis of reperfusion time trends in patients with ST-elevation myocardial infarction across New York State from 2004 to 2012. *Int J Cardiol*. 2017. Vol. 232. P. 140-146.
8. Braunwald's Heart Disease: A Textbook of Cardiovascular Medicine / D. Zipes et al. Elsevier, 2018. 2040 p.
9. Călmăc L., Bătăiță V., Ricci B., Vasiljevic Z., Kedev S. et al. Factors associated with use of percutaneous coronary intervention among elderly patients presenting with ST segment elevation acute myocardial infarction (STEMI): Results from the ISACS-TC registry. *Int J Cardiol*. 2016. Vol. 217, Suppl. S. 21-26.
10. Cannon C., Brindis R., Chaitman B., Cohen D., Cross J. et al. 2013 ACCF/AHA key data elements and definitions for measuring the clinical management and outcomes of patients with acute coronary syndromes and coronary artery disease: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Clinical Data Standards (Writing Committee to Develop Acute Coronary Syndromes and Coronary Artery Disease Clinical Data Standards). *Circulation*. 2013. Vol. 127 (9). P. 1052-1089.
11. Damman P., Jernberg T., Lindahl B., de Winter R., Jeppsson A. et al. Invasive strategies and outcomes for non-ST-segment elevation acute coronary syndromes: a twelve-year experience from SWEDEHEART. *Euro-Intervention*. 2016. Vol. 12 (9). P. 1108-1116.
12. Eggers K., Lindahl B., Melki D., Jernberg T. Consequences of implementing a cardiac troponin assay with improved sensitivity at Swedish coronary care units: an analysis from the SWEDEHEART registry. *Eur Heart J*. 2016. Vol. 37 (30). P. 2417-2424.
13. Farshid A., Brieger D., Hyun K., Hammett C., Ellis C. et al. Characteristics and Clinical Course of STEMI Patients who Received no Reperfusion in the Australia and New Zealand SNAPSHOT ACS Registry. *Heart Lung Circ*. 2016. Vol. 25 (2). P. 132-139.
14. Ibanez B., James S., Agewall S., Antunes M., Bucciarelli-Ducci C. et al. 2017 ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation: The Task Force for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Heart J*. 2018. Vol. 39 (2). P. 119-177.
15. Ghosh J., Schmidt A., Pasea L., Koudstaal S., Pujades-Rodriguez M. et al. An electronic health records cohort study on heart failure following myocardial infarction in England: incidence and predictors. *BMJ Open*. 2018. Vol. 8 (3). P. e018331.
16. Kristensen S., Laut K., Fajadet J., Kaifoszova Z., Kala P. et al. Reperfusion therapy for ST elevation acute myocardial infarction 2010/2011: current status in 37 ESC countries. *Eur Heart J*. 2014. Vol. 35 (29). P. 1957-1970.
17. Malta Hansen C., Wang T., Chen A., Chiswell K., Bhatt D. et al. Contemporary Patterns of Early Coronary Angiography Use in Patients With Non-ST-Segment Elevation Myocardial Infarction in the United States: Insights From the National Cardiovascular Data Registry Acute Coronary Treatment and Intervention Outcomes Network Registry. *JACC Cardiovasc Interv*. 2018. Vol. 11 (4). P. 369-380.
18. Manzo-Silberman S., Couturaud F., Charpentier S., Auffret V., El Khoury C. et al. Influence of gender on delays and early mortality in ST-segment elevation myocardial infarction: Insight from the first French Metaregistry, 2005-2012 patient-level pooled analysis. *Int J Cardiol*. 2018. P. S0167-5273(17)37116-4.
19. Puymirat E., Simon T., Cayla G., Cottin Y., Elbaz M. et al. Acute Myocardial Infarction Changes in Patient Characteristics, Management, and 6-Month Outcomes Over a Period of 20 Years in the FAST-MI Program (French Registry of Acute ST-Elevation or Non-ST-Elevation Myocardial Infarction) 1995 to 2015. *Circulation*. 2017. Vol. 136. P. 1908-1919.
20. Roffi M., Patrono C., Collet J., Mueller C., Valgimigli M. et al. 2015 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation: Task Force for the Management of Acute Coronary Syndromes in Patients Presenting without Persistent ST-Segment Elevation of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Heart J*. 2016. Vol. 37 (3). P. 267-315.
21. Timóteo A., Mimoso J.; ProACS Investigators. Assessment of quality performance measures in patients with acute coronary syndromes: Data from the Portuguese Registry of Acute Coronary Syndromes (ProACS), a nationwide registry. *J Eval Clin Pract*. 2018. P. 1-8.
22. Trzeciak P., Gierlotka M., Gaşior M., Osadnik T., Hawranek M. et al. In-hospital and 12-month outcomes after acute coronary syndrome treatment in patients aged <40 years of age (from the Polish Registry of Acute Coronary Syndromes). *Am J Cardiol*. 2014. Vol. 114 (2). P. 175-180.
23. World Health Organization. The top 10 causes of death. Fact sheet. Updated January 2017. URL: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/en/> (дата звернення: 26.03.2018).

## REFERENCES

1. Valuyeva S.V. (2012). Pryverzhennost k lecheniyu u patsyentov cherez hod posle ostroho ynfarkta myokarda s zubtsom Q, po dannym ukraynskoho rehystra STIMUL [Adherence to the treatment of patients in a year after acute myocardial infarction with Q wave according to the Ukrainian register STIMUL]. *Heart and Vessels*, 4, 69-74.
2. Parkhomenko O.M., Kornatskyi Yu.V., Kozhukhov S.M., Hurieva O.S., Lutai Ya.M., Irkin O.I. (2013). Stresova hiperhlikemiia ta aktyvatsiia systemnoho zapalennia yak skladovi rozvytku hostroi sertsevoi nedostatnosti u patsientiv iz hostryim infarktom miokarda z elevatsiieiu sehmenta ST i zberezhenoiu fraktsiieiu vykydu livoho shlunochka [Stress hyperglycemia and activation of systemic inflammation as a counterparts of the acute heart failure onset in patients with with ST-segment elevation acute myocardial infarction and preserved left ventricular ejection fraction]. *Ukr. Med. J.*, 1 (93), 158-163.
3. Dorohoi A.P., Manoilenko T.S., Revenko I.L., Dorokhina H.M., Kovalenko V.M. (ed.), Kornatskyi V.M. (ed.) (2017) [Problems of health and life expectancy in modern conditions]. *Problemy zdorovia i tryvalosti zhyttia v suchasnykh umovakh*. Kyiv: Hordon, 2017, 299.
4. Azyzov V. B., Antoniuk Y.V., Baklytskyi D.D., Baranenko A.V., Barskyi A.N., (2017). Reestr perkutannykh koronarnykh vmeshatelstv: rasshyrennyi sravnitelnyi analiz rezultatov 2016 hoda. Reperfuzyonnyi paradoks v Ukrainy [Percutaneous Coronary Interventions Registry: an expanded comparative analysis of the results in 2016 year. Reperfusion paradox in Ukraine]. *Heart and Vessels*, 3, 14-31.
5. Lyakh YE, Gurianov VG, Homenko VN, Panchenko OA. (2006). *Osnovy kompiuternoï byostatystyky. Analiz ynformatsyy v byolohyy, medytsyne y farmatsyy statystycheskym paketom Medstat* [Fundamentals of computer biostatistics. Analysis of information in biology, medicine and pharmacy by statistical software Medstat]. Donetsk: Publisher Papakitsa I.K., 214.
6. Parkhomenko A.N., Lutai Ya.M., Danchin N. (2011). Ukraynskyi rehystr ostroho ynfarkta myokarda kak frahment Evropeiskoho: kharakterystyka bolnykh, orhanyzatsiia medytsynskoi pomoshchy y hospytalnaia terapiia [Ukrainian acute myocardial infarction registry as a fragment of the European registry: characteristics of patients, organization of medical care and hospital therapy]. *Ukr. Med. J.*, 1 (81), 20-24.
7. Al'Aref S., Wong S., Swaminathan R., McNair P., Feldman D. et al. Analysis of reperfusion time trends in patients with ST-elevation myocardial infarction across New York State from 2004 to 2012. *Int J Cardiol.* 2017. Vol. 232. P. 140-146.
8. Zipes D., Libby P., Bonow R., Mann D., Tomaselli G. (2018). *Braunwald's Heart Disease: A Textbook of Cardiovascular Medicine*. Elsevier, 2040.
9. Călmăc L., Bătăilă V., Ricci B., Vasiljević Z., Kedev S., Gustiene O., Trinić D., Knežević B., Miličić D., Dilic M., Manfrini O., Cenko E., Badimon L., Bugiardini R., Scafa-Udriște A., Tăutu O., Dorobanțu M. (2016). Factors associated with use of percutaneous coronary intervention among elderly patients presenting with ST segment elevation acute myocardial infarction (STEMI): Results from the ISACS-TC registry. *Int J Cardiol.*, 217, Suppl. S. 21-26.
10. Cannon C., Brindis R., Chaitman B., Cohen D., Cross J. Jr, (2013). 2013 ACCF/AHA key data elements and definitions for measuring the clinical management and outcomes of patients with acute coronary syndromes and coronary artery disease: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Clinical Data Standards (Writing Committee to Develop Acute Coronary Syndromes and Coronary Artery Disease Clinical Data Standards). American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Clinical Data Standards; American College of Emergency Physicians; Emergency Nurses Association; National Association of Emergency Medical Technicians; National Association of EMS Physicians; Preventive Cardiovascular Nurses Association; Society for Cardiovascular Angiography and Interventions; Society of Cardiovascular Patient Care; Society of Thoracic Surgeons. *Circulation*, 127 (9), 1052-1089.
11. Damman P., Jernberg T., Lindahl B., de Winter R., Jeppsson A., Johanson P., Held C., James S. (2016). Invasive strategies and outcomes for non-ST-segment elevation acute coronary syndromes: a twelve-year experience from SWEDEHEART. *EuroIntervention*, 12 (9), 1108-1116.
12. Eggers K., Lindahl B., Melki D., Jernberg T. (2016). Consequences of implementing a cardiac troponin assay with improved sensitivity at Swedish coronary care units: an analysis from the SWEDEHEART registry. *Eur Heart J.*, 37 (30), 2417-2424.
13. Farshid A., Brieger D., Hyun K., Hammett C., Ellis C., Rankin J., Lefkovits J., Chew D., French J. (2016). Characteristics and Clinical Course of STEMI Patients who Received no Reperfusion in the Australia and New Zealand SNAPSHOT ACS Registry. *Heart Lung Circ.*, 25 (2), 132-139.
14. Ibanez B., James S., Agewall S., Antunes M., Bucciarelli-Ducci C., Bueno H., Caforio A., Crea F., Goudevenos J., Halvorsen S., Hindricks G., Kastrati A., Lenzen M., Prescott E., Roffi M., Valgimigli M., Varenhorst C., Vranckx P., Widimský P.; ESC Scientific Document Group. (2018). 2017 ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation: The Task Force for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Heart J.*, 39 (2), 119-177.
15. Gho J., Schmidt A., Pasea L., Koudstaal S., Pujades-Rodriguez M., Denaxas S., Shah A., Patel R., Gale C., Hoes A., Cleland J., Hemingway H., Asselbergs F. (2018). An electronic health records cohort study on heart failure following myocardial infarction in England: incidence and predictors. *BMJ Open*, 8 (3), e018331.
16. Kristensen S., Laut K., Fajadet J., Kaifoszova Z., Kala P. (2014). Reperfusion therapy for ST elevation acute myocardial infarction 2010/2011: current status in 37 ESC countries. *European Association for Percutaneous Cardiovascular Interventions. Eur Heart J.*, 35 (29), 1957-1970.
17. Malta Hansen C., Wang T., Chen A., Chiswell K., Bhatt D., Enriquez J., Henry T., Roe M. (2018). Contemporary Patterns of Early Coronary Angiography Use in Patients With Non-ST-Segment Elevation Myocardial Infarction in the United States: Insights From the National Cardiovascular Data Registry Acute Coronary Treatment and Intervention Outcomes Network Registry. *JACC Cardiovasc Interv.*, 11 (4), 369-380.
18. Manzo-Silberman S., Couturaud F., Charpentier S., Auffret V., El Khoury C., Le Breton H., Belle L., Marlière S., Zeller M., Cottin Y., Danchin N., Simon T., Schiele F., Gilard M. (2018). Influence of gender on



- delays and early mortality in ST-segment elevation myocardial infarction: Insight from the first French Metaregistry, 2005-2012 patient-level pooled analysis. *Int J Cardiol.*, S0167-5273(17)37116-4.
19. Puymirat E., Simon T., Cayla G., Cottin Y., Elbaz M. (2017). Acute Myocardial Infarction Changes in Patient Characteristics, Management, and 6-Month Outcomes Over a Period of 20 Years in the FAST-MI Program (French Registry of Acute ST-Elevation or Non-ST-Elevation Myocardial Infarction) 1995 to 2015. USIK, USIC 2000, and FAST-MI Investigators. *Circulation*, 136, 1908-1919.
  20. Roffi M., Patrono C., Collet J., Mueller C., Valgimigli M. (2016). 2015 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation: Task Force for the Management of Acute Coronary Syndromes in Patients Presenting without Persistent ST-Segment Elevation of the European Society of Cardiology (ESC). Management of Acute Coronary Syndromes in Patients Presenting without Persistent ST-Segment Elevation of the European Society of Cardiology. *Eur Heart J.*, 37 (3), 267-315.
  21. Timóteo A., Mimoso J.; ProACS Investigators. (2018). Assessment of quality performance measures in patients with acute coronary syndromes: Data from the Portuguese Registry of Acute Coronary Syndromes (ProACS), a nationwide registry. *J Eval Clin Pract.*, 1-8.
  22. Trzeciak P., Gierlotka M., Gašior M., Osadnik T., Hawranek M., Lekston A., Zembala M., Poloński L. (2014). In-hospital and 12-month outcomes after acute coronary syndrome treatment in patients aged <40 years of age (from the Polish Registry of Acute Coronary Syndromes). *Am J Cardiol.*, 114 (2), 175-180.
  23. World Health Organization. The top 10 causes of death. Fact sheet. Updated January 2017. (2017). Retrieved from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/en/>.

## Резюме

### ПРОБЛЕМНЫЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ. ОТДЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ВОСЬМИЛЕТНЕГО ЛОКАЛЬНОГО ВЕДОМСТВЕННОГО РЕЕСТРА ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРЫЙ ИНФАРКТ МИОКАРДА

Д.Д. Дячук, М.Ю. Коломоец, А.Н. Кравченко, К.А. Михалев, И.Н. Симак, А.А. Сопко

Государственное научное учреждение «Научно-практический центр профилактической и клинической медицины» Государственного управления делами, Киев, Украина

**Цель** – ретроспективный анализ данных пациентов Государственного научного учреждения «Научно-практический центр профилактической и клинической медицины» Государственного управления делами (ГНУ «НПЦ ПКМ» ГУД), перенесших инфаркт миокарда (ИМ) в 2010-2017 гг., и сравнение полученных данных с результатами отечественных и ряда мировых реестров.

**Материал и методы.** Проанализировали 756 случаев ИМ, зарегистрированных в течение 2010-2017 гг. у 700 пациентов. Средний возраст пациентов составил 71,9±10,79 года. Гендерная структура была следующей: мужчины – 502 (66,4%), женщины – 254 (33,6%). Q-ИМ зарегистрирован в 461 (61,0%) случае, не-Q-ИМ – в 295 (39,0%). ИМ в анамнезе был у 201 (28,7%) пациента, всего зарегистрировано 225 (29,8%) случаев повторного ИМ.

**Результаты.** Средний возраст пациентов, включенных в локальный реестр, был большим, чем таковой в большинстве отобранных для сравнения отечественных и мировых исследованиях. В течение 2010-2017 гг. заболеваемость ИМ среди контингента пациентов ГНУ «НПЦ ПКМ» ГУД в 1,5-3 раза превышала аналогичный показатель в Украине. Кроме того, не выявлен тренд по частоте регистрации случаев Q- и не-Q-ИМ. При остром коронарном синдроме (ОКС) со стойким подъемом сегмента ST (ГКСпST) интервал времени «симптомы – вызов бригады скорой медицинской помощи» составил 117 (60-454) мин. (n=57), а при ОКС без стойкого подъема сегмента ST (ГКСбпST) – 559 (68-2880) мин. (n=89) (p<0,001). Временной промежуток «симптомы-госпитализация» при ОКСбпST был значительно дольше такового при ОКСпST: 640 (195-2974) мин. (n=55) против 225 (150-525) мин. (n=85) (p=0,002). Согласно данным локального ведомственного регистра, в течение 2010-2017 гг. наблюдали увеличение частоты выполнения транскатантных коронарных вмешательств – как в целом, так и при обоих типах ИМ, что согласуется с тенденцией в Украине и ряде стран Европейского Союза.

**Вывод.** Создание и научное сопровождение локального ведомственного реестра пациентов ГНУ «НПЦ ПКМ» ГУД, перенесших ИМ, позволяет получить информацию о характеристиках вовлеченной популяции (демографические, эпидемиологические, клинические и т.д.), особенностях оказания медицинской помощи в условиях реальной клинической практики, а также сопоставить полученные результаты с данным отечественных и мировых реестровых исследований.

**Ключевые слова:** острый коронарный синдром, инфаркт миокарда, реестр.

*Summary***CONTEMPORARY ISSUES OF THE DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF ACUTE CORONARY SYNDROME. PARTICULAR RESULTS OF THE EIGHT-YEAR LOCAL DEPARTMENTAL MYOCARDIAL INFARCTION REGISTRY****D.D. Diachuk, M.Yu. Kolomoiets, A.M. Kravchenko, K.O. Mikhaliev, I.M. Simak, O.O. Sopko**State Scientific Institution «Scientific and Practical Center for Preventive and Clinical Medicine»  
of the State Administration of Department, Kyiv, Ukraine

**Purpose:** to perform a retrospective analysis of the patients' data from the State Scientific Institution «Scientific and Practical Center for Preventive and Clinical Medicine» of the State Administrative Department (SSI «SPC PCM» SAD), who have suffered a myocardial infarction (MI) in 2010-2017, and to compare the extracted data with the results of Ukrainian and a number of world registries.

**Material and methods.** We analyzed 756 MI cases registered during 2010-2017 in 700 patients. The average age of patients was  $(71,9 \pm 10,79)$  years. The gender structure was as follows: males – 502 cases (66,4%); women – 254 (33,6%). Q-MI was registered in 461 (61,0%) cases, non-Q-IM – 295 (39,0%). Prior MI was in 201 patients (28,7%) (totally, 225 [29,8%] cases of recurrent MI were registered).

**Results.** The average age of patients included in the local registry was older than that in the vast majority of Ukrainian and world studies selected for comparison. During 2010-2017, the incidence of MI in the local registry in 1,5-3 times exceeded the similar indicator in Ukraine. In addition, there was no trend regarding the frequency of Q- or non-Q-MI cases registration. With regard to ST-segment elevation MI (STEMI), the time «symptoms onset – call for the emergency medical service» was 117 (60-454) min [1,95 (1,0-7,6) h] (n = 57), and in case of MI without persistent ST-segment elevation (NSTEMI) – 559 (68-2880) min [9,3 (1,1-48,0) h] (n = 89) ( $p < 0.001$ ). The time interval «symptoms onset – hospitalization» in STEMI was significantly longer than that in NSTEMI: 640 (195-2974) min [10,1 (3,25-49,6) h] (n = 55) vs. 225 (150-525) min [3,75 (2,5-8,75) h], respectively (n = 85;  $p = 0.002$ ). According to the local departmental registry, during the 2010-2017 period we observed an increase in the frequency of percutaneous coronary interventions – in total sample and in both types of MI. This trend was in line with the trend in Ukraine and in a number of European Union countries.

**Conclusion.** The organization and scientific support of the local departmental registry of SSI «SPC PCM» SAD patients, suffered from MI, enable to extract the information about the characteristics of the involved population (demographic, epidemiological, clinical etc.), the characteristics of providing medical care in terms of real clinical practice, and compare the local results with the data from Ukrainian and world registry studies.

**Keywords:** acute coronary syndrome, myocardial infarction, registry.

*Інформація про авторів знаходиться в редакції.  
Дата надходження до редакції 22.05.2018 р.*