

Пілотний реєстр гострих коронарних синдромів з елевацією сегмента ST «STIMUL»: організація медичної допомоги в стаціонарі залежно від методу лікування

Ключові слова:

гострий коронарний синдром з елевацією сегмента ST, реєстр, методи лікування, прогноз.

Великі рандомізовані дослідження, на основі яких створено рекомендації з лікування хворих із гострим інфарктом міокарда (ІМ) з елевацією сегмента ST, показують, що своєчасне відновлення кровотоку в інфарктзалежній коронарній артерії (ІЗА) — найефективніший метод обмеження розміру інфаркту [9, 10]. Таких результатів можна досягти фармакологічним шляхом — введенням фібринолітика, або механічним — проведенням балонної ангіопластики чи встановленням стенту. Значна категорія хворих обґрунтовано отримує консервативне лікування. Переважно це особи, які пізно звернулися за медичною допомогою (26 %), чи яким був поставлений некоректний діагноз (15 %) [7]. Обрана стратегія лікування хворих має визначальний вплив на подальший перебіг захворювання як у ранньому, так і в пізньому постінфарктному періодах [6]. В Європейському реєстрі ACS II [7] госпітальна летальність під час проведення первинної реперфузії становила 4,1 %; за неможливості відновлення кровотоку в ІЗА — 6,6 %.

Однак про те, наскільки загально визнані методи лікування використовуються у практичній медицині, важко судити за звітністю лікувальних закладів України, які переважно констатують кінцеві результати лікування та рівень смертності [1, 2]. Такі дані недостатньо висвітлюють причини розвитку ускладнень ІМ, відповідність тактики лікування сучасним рекомендаціям та можливі шляхи поліпшення результатів лікування. Оцінити, в якому обсязі у сучасній клінічній практиці виконуються вимоги до лікування хворих із гострим коронарним синдромом (ГКС), дають змогу спеціальні програми — реєстри.

Мега роботи — на основі даних реєстру здійснити клініко-анамнестичну характеристику пацієнтів, які отримали різні стратегії лікування ГКС з елевацією сегмента ST, оцінити відповідність лікування сучасним стандартам ведення таких хворих.

Матеріали та методи

У дослідження залучено 1103 хворих з ГКС з елевацією сегмента ST віком 18 років і більше, які були госпіталізовані в кардіологічні та кардіохірургічні стаціонари м. Вінниці та м. Хмельницького (3 центри) за період від січня 2008 р. до червня 2011 р. протягом перших 24 год з



**С.В. Валусьва,
В.І. Денисюк**

Вінницький національний
медичний університет
ім. М.І. Пирогова

КОНТАКТНА ІНФОРМАЦІЯ

Валусьва Світлана Валеріївна
к. мед. н., асист. кафедри
внутрішніх хвороб № 3

21018, м. Вінниця, вул. Пирогова, 56
Тел. (0432) 26-98-04
E-mail: valuyeva.sv@rambler.ru

Стаття надійшла до редакції
24 лютого 2012 р.

Таблиця 1. Характеристика хворих, які отримали різні методи лікування ГКС

Клініко-анамнестична характеристика	Реперфузійна терапія (I) (n = 330)		Консервативне лікування (II) (n = 773)		p (I—II)	
	n	%	n	%		
Середній вік хворих, роки	59,76 ± 1,83		64,98 ± 1,22			
Вік ≤ 75 років	30	9,09	166	21,47	< 0,001	
Жінки	51	15,45	233	30,14	< 0,001	
Постінфарктний кардіосклероз	88	26,67	179	23,16	нд	
Цукровий діабет	80	24,24	200	25,87	нд	
Ознаки хронічної СН в анамнезі	62	18,79	189	24,45	нд	
Артеріальна гіпертензія	264	80,0	581	75,16	нд	
Час від початку симптомів до госпіталізації, години	5,01 ± 0,35		6,12 ± 0,35		нд	
Клас гострої СН за Killip	II і більше	92	27,88	393	50,84	< 0,001
	IV (кардіогенний шок)	9	2,73	30	3,88	нд
Індекс GRACE ≥ 150 при надходженні	72	21,82	309	39,97	< 0,001	

Примітка. Нд — немає даних.

моменту розвитку симптомів. Серед них два відділення мали можливість проведення ургентних інвазивних процедур.

Критерії залучення: типовий больовий синдром (ангінозний біль ≥ 20 хв, задишка, синкопе, зупинка кровообігу та ін.); зміни на електрокардіограмі (підйом сегмента ST ≥ 1 мм як мінімум у двох суміжних відведеннях чи ймовірно нова блокада лівої ніжки пучка Гіса).

Критерії вилучення: смерть хворого до надходження у стаціонар; ІМ як ускладнення первинних коронарних втручань (КВ), аортокоронарного шунтування.

Умови реєстру передбачали аналіз даних усіх пацієнтів з ГКС, які відповідали критеріям залучення, вилучення та дали згоду на участь у дослідженні. Залучення пацієнта в дослідження не впливало на стратегію його лікування у стаціонарі.

Результати та обговорення

Середній вік пацієнтів, які отримали реперфузійну терапію (РТ), становив (59,76 ± 1,83) року й був достовірно меншим, ніж у хворих, яким не була проведена реканалізація ІЗА (p < 0,01). Консервативне лікування без реперфузії судин достовірно рідше проводили хворим старше 75 років та жінкам (p < 0,001), що пояснюється підвищенням імовірності розвитку ІМ у жінок саме в похилому віці (табл. 1). Наявність у хворих артеріальної гіпертензії, цукрового діабету, ознак хронічної серцевої недостатності (СН), перенесеного ІМ суттєво не впливала на вибір методу лікування пацієнтів.

Пацієнтів з високими значеннями індексу GRACE та ознаками гострої СН другого та біль-

ше класу за Killip при надходженні достовірно частіше лікували консервативно без реперфузії судин (p < 0,001). Особливо це стосується осіб з кардіогенним шоком, серед яких лише у 23,08 % хворих було проведено первинне КВ. Час від початку симптомів до госпіталізації істотно не відрізнявся хворих пацієнтів обох груп.

Отже, реперфузійну терапію достовірно частіше проводять пацієнтам із нижчим індексом GRACE при надходженні. Найважчим хворим (з явищами кардіогенного шоку, більше 75 років), яким КВ особливо показано, інвазивне лікування здійснюється вкрай рідко (у 13,33 % випадків). Результати узгоджуються з даними літератури [4, 9].

Неістотні відмінності в часі від початку симптомів до госпіталізації хворих, які отримали різні стратегії лікування ГКС, указують на великі резервні можливості у збільшенні частоти проведення РТ й відповідно зниження внутрішньогоспітальної летальності.

У всіх хворих, даний занесених до реєстру, частота прийому основних серцево-судинних засобів була низькою. Однак пацієнти, яким була проведена РТ, достовірно частіше вживали ацетилсаліцилову кислоту (31,21 проти 24,97 %, p < 0,05) та β-адреноблокатори (БАБ) (20,91 проти 16,30 %, p < 0,05), тобто препарати, які впливають на прогноз захворювання. Хворі, яким лікували консервативно без реканалізації коронарних судин, достовірно частіше вживали нітрати (21,47 проти 12,12 %, p < 0,001) та петльові діуретики (5,17 проти 3,94 %, p < 0,05), тобто препарати, які не мають суттєвого впливу на подальший перебіг захворювання.

Таким чином, пацієнти, яким була проведена РТ, мали кращий комплаєнс лікування, особливо у прийомі ацетилсаліцилової кислоти та БАБ. Консервативне, без відновлення прохідності ІЗА, лікування хворих більшою мірою мало симптоматичний характер.

Лікування у стаціонарі. Реперфузійна терапія проведена у 330 (29,92 %) пацієнтів з ГКС з елевацією сегмента ST. З них інвазивне КВ виконано у 237 (71,82 %) хворих, тромболізіс — у 93 (28,18 %) осіб. Більшість пацієнтів (70,08 %) лікувалися консервативно ($p < 0,001$).

Найважливіша проблема в лікуванні пацієнтів з ГКС — низька частота проведення первинних КВ та тромболітичної терапії. Ці методи лікування визначальні й суттєво впливають на прогноз. За даними реєстру гострого ІМ, який був фрагментом Європейського, РТ була проведена лише у третини пацієнтів нашої країни, а основним методом реперфузії залишився тромболізіс (84,9 %) [3]. За офіційними статистичними даними, у 2009 р. РТ отримали лише 5 % пацієнтів нашої країни [2]. Водночас в Європейському реєстрі ACS-I ще у 2001 р. реваскуляризацію коронарних судин було проведено у 59 % хворих, частка тромболізісу склала 58 % [5]; у 2006 р. (реєстр ACS-II) — у 63 та 41 % пацієнтів відповідно [7], у 2008 р. (реєстр ACS-III) ці показники сягнули 78,6 та 37,7 % відповідно [9], а в Російському реєстрі РЕКОРД (2009 р.) — 51,6 та 62,2 % відповідно [4].

Догоспітальний тромболізіс було проведено лише 3 (2,27 %) пацієнтам. Середній час від надходження хворого в стаціонар до введення фібринолітика склав ($0,38 \pm 0,1$) год (від 0,22 до 0,57) год. Тканинний активатор плазміногену (t-PA) був уведений 31 (33,33 %) хворому, стрептокіназа — 62 (66,67 %) пацієнтам ($p < 0,01$).

Середній час від першого контакту бригади ШМД з пацієнтом до дилатації балона в коронарній артерії становив ($3,46 \pm 0,14$) год (від 1,24 до 6,8 год). Ургентна коронароангіографія проведена у 326 (29,56 %) осіб, ангіопластика перед постановкою стенту — у 21 (0,91 %) хворого та у двох (0,84%) — під час тромбозу стенту. Первинні КВ супроводжувалися здійсненням інтракоронарного тромболізісу в 6 (2,53 %) пацієнтів, введення аденозину, верапамілу — у 4 (1,69 %) осіб під час рятівного КВ та в одного хворого з тромбозом стенту.

Враховуючи дані багатоцентрових досліджень, вирішальне прогностичне значення має час до проведення реперфузії. За даними літератури [6], госпітальна летальність під час проведення РТ в межах першої години розвитку гострого ІМ становила 1,8 %, тоді як після години достовірно

збільшувалась до 6,7 % ($p < 0,05$). У цьому дослідженні як механічна, так і фармакологічна реперфузія більшості пацієнтів були проведені поза межами рекомендованих часових інтервалів, що отримало відображення в показниках лікарняної летальності.

Як видно з наведених даних, важлива проблема неможливості проведення РТ — значний часовий проміжок від виникнення ангінозного болю до моменту госпіталізації, що пов'язано як із пізнім зверненням пацієнтів, так і з тривалою доставкою хворих у стаціонар; браком тромболітичних засобів, низькою доступністю кардіохірургічних стаціонарів, матеріальною неспроможністю населення отримати належне лікування. Протипоказання до РТ виявлено лише у 16,4 % хворих [3].

Крім того, у 8 (7,25 %) пацієнтів КВ проведено після неуспішної тромболітичної терапії. Указана стратегія лікування дає змогу продовжити тривалість життя, зменшити ризик розвитку повторного ІМ, прогресування СН. У двох (0,02 %) осіб КВ було виконано після ефективного фібринолізу. Цей метод сьогодні не рекомендується, тому що він значно підвищує ризик геморагічних ускладнень і не впливає на подальший перебіг захворювання [8].

Антитромбоцитарні засоби. На догоспітальному етапі та в стаціонарі подвійну антитромбоцитарну терапію (ацетилсаліцилову кислоту та клопідогрель) отримали однакова кількість хворих незалежно від методу лікування (табл. 2).

Результати реєстру продемонстрували високу частоту призначення подвійної антитромбоцитарної терапії у пацієнтів з ГКС незалежно від обраної стратегії лікування як на догоспітальному етапі, так і при поступленні в стаціонар. Більшість хворих отримували навантажувальні дози клопідогрелю, пацієнти після 75 років обґрунтовано отримували звичайні дозування [10].

Блокатори P₂U₃A GP рецепторів були призначені 9 хворим (2,73 %) перед проведенням інвазивних втручань.

Парентеральні антикоагулянти. Частота призначення антикоагулянтної терапії була високою у всіх хворих, занесених до реєстру, і склала 93,38 %. Однак у пацієнтів, яким була проведена РТ, указані препарати використовувались достовірно частіше — 98,48 проти 91,20 % ($p < 0,001$) в осіб, яким не планували виконання реперфузії судин. Хворим, яким були проведені інтервенційні втручання чи фібриноліз, достовірно частіше призначали низькомолекулярні (у 3,26 разу) та нефракціоновані (у 1,58 разу) гепарини ($p < 0,001$), що узгоджується з чинними рекомендаціями [10].

Таблиця 2. Основні препарати, які отримували хворі з ГКС залежно від методу лікування

Препарат	Реперфузійна терапія (I) (n = 330)		Консервативне лікування (II) (n = 773)		p (I—II)	
	n	%	n	%		
Ацетилсаліцилова кислота	догоспітально	210	63,64	490	63,39	нд
	у стаціонарі	314	95,15	741	95,86	нд
Клопідогрель		285	86,36	670	86,67	нд
Блокатори IIb/IIIa GP рецепторів		9	2,73	0	0	< 0,001
Фондапаринукс натрію		58	17,58	458	59,25	< 0,001
Гепарини	нефракціоновані	66	20,0	98	12,68	< 0,001
	низькомолекулярні	201	60,91	149	19,28	< 0,001
Статини		316	95,76	683	88,36	нд
Блокатори β-адренорецепторів		293	88,79	668	86,42	нд
Інгібітори АПФ / антагоністи рецепторів АТ II		287	86,97	648	86,80	нд
Антагоністи альдостеронових рецепторів		105	31,82	196	25,36	< 0,05
Нітрати		188	56,97	492	63,65	< 0,05
Петльові діуретики		126	38,18	338	43,73	нд

Примітка. Нд — немає даних.

Результати лікування. Середня тривалість перебування в стаціонарі осіб, яким була проведена РТ, склала ($10,80 \pm 2,2$) дня, у випадку консервативного лікування без реканалізації ІЗА — ($15,2 \pm 1,4$) дня ($p < 0,001$).

За час перебування в стаціонарі ознаки гострої СН реєстрували у 63,26 % хворих, яким лікували консервативно без реперфузії судин, та у 53,94 % осіб, яким було проведено реперфузію ІЗА ($p < 0,01$), стан кардіогенного шоку в останніх визначали майже в 4 рази рідше ($p < 0,001$) (табл. 3). У хворих, які не отримали реперфузії, кількість випадків раптової зупинки кровообігу зросла до 14,96 % ($p < 0,05$), реанімаційні заходи

були успішними лише у 14,41 % хворих проти 36,11 % при відновленні кровотоку в оклюзованих судинах. Формування аневризми, розриви вільної стінки міокарда також спостерігались частіше в таких пацієнтів. У хворих, яким була проведена РТ, імовірність виникнення кровотеч була вищою ($p < 0,001$).

Порівняння хворих, яким було проведено КВ та фібриноліз, показало, що в останніх достовірно частіше розвивались рецидиви ІМ ($p < 0,05$), загрозові для життя порушення ритму — фібриляція шлуночків, пароксизмальні тахікардії, раптова зупинка кровообігу ($p < 0,05$), що пов'язано з виникненням реперфузійних аритмій.

Таблиця 3. Ускладнення, які розвинулись у хворих з ГКС у стаціонарі

Ускладнення	Реперфузійна терапія I (n = 330)		Консервативне лікування II (n = 773)		p (I—II)
	n	%	n	%	
Гостра СН: II і більше клас за Killip	103	31,21	326	42,11	< 0,01
ГСН: IV клас за Killip (кардіогенний шок)	6	1,82	56	7,24	< 0,001
Раптова зупинка кровообігу	36	10,91	111	14,36	< 0,05
Загрозливі для життя порушення ритму	27	8,18	50	6,47	нд
Рецидив ІМ	16	4,85	40	5,17	нд
Рання постінфарктна стенокардія	21	6,36	54	6,99	нд
Аневризма лівого шлуночка	21	6,36	82	10,61	< 0,01
Інсульт	0	0	7	0,91	нд
Кровотеча	12	3,64	11	1,42	< 0,001
Розрив вільної стінки міокарда	5	1,52	30	3,88	нд
Госпітальна летальність	23	6,97	102	13,20	< 0,01

Примітка. Нд — немає даних.

Однак реанімаційні заходи були успішними в кожного другого пацієнта, тоді як під час виконання КВ — у кожного третього.

За результатами дослідження, госпітальна летальність при проведенні первинної реперфузії становила 6,97 %, за неможливості відновлення кровотоку в ІЗА показник був в 1,89 рази вище ($p < 0,01$) і становив 13,20 %. Водночас у реєстрі Європейського товариства кардіологів ACS II ці показники становили 4,1 та 6,6 % відповідно [7]. Певне значення має і обраний метод реперфузії: при проведенні первинних КВ та фібринолізу госпітальна летальність становила 3,3 та 5,2 % відповідно проти 5,93 та 9,68 %, отриманих у даному реєстрі. Усе це свідчить про наявність проблем у діагностиці та лікуванні гострого ІМ в Україні та можливі резерви для їх поліпшення.

Наслідки лікування. Q-ІМ формувався достовірно частіше при консервативному лікуванні без реканалізації судин — у 84,85 % випадків проти 71,92 % при РТ ($p < 0,001$). Трансформація ГКС в не Q-ІМ відбулась у 15,15 % осіб, яким була проведена РТ, та у 7,24 % осіб, яким лікували консервативно без відновлення прохідності ІЗА ($p < 0,001$); у нестабільну стенокардію — у 3,33 та 2,2 % хворих відповідно.

Висновки

1. У хворих з гострим коронарним синдромом з елевацією сегмента ST частота проведення реперфузійної терапії низька (29,92 %).

2. Тривалість часу від виникнення симптомів до госпіталізації пацієнтів залишається великою, що зумовлює проведення реперфузійних методик поза межами рекомендованих часових інтервалів чи взагалі унеможлиблює їх проведення.

3. Первинні коронарні втручання частіше проводять хворим більш низького ризику роз-

витку ускладнень, а більшість хворих (76,92 %), які мають прямі показання до проведення інвазивного лікування (кардіогенний шок), лікуються консервативно без реперфузії судин.

4. Частота призначення основних лікарських засобів у стаціонарі висока незалежно від обраної стратегії лікування.

5. При консервативному лікуванні хворих з ГКС з елевацією сегмента ST без реперфузії судин істотно зростає ймовірність розвитку гострої серцевої недостатності, зокрема кардіогенного шоку, раптової зупинки кровообігу, формування аневризми серця в ранній постінфарктний період ($p < 0,01$). При проведенні реперфузійної терапії достовірно частіше виникають кровотечі ($p < 0,001$).

6. При проведенні фібринолізу в пацієнтів з ГКС ймовірність розвитку загрозливих для життя порушень ритму, раптової зупинки кровообігу, рецидиву інфаркту істотно зростає ($p < 0,05$) порівняно з особами, яким виконали механічну реперфузію.

7. Госпітальна летальність найменша у хворих, яким провели механічну (5,91 %) та фармакологічну (9,68 %) реперфузію. За неможливості відновлення кровотоку в інфарктзалежній коронарній артерії показник склав 13,2 % ($p < 0,01$).

Перспективи подальших досліджень. В перспективі нами планується оцінити вплив різних стратегій лікування гострого коронарного синдрому з елевацією сегмента ST: механічна, фармакологічна реперфузія чи консервативне ведення без відновлення прохідності інфарктзалежної коронарної артерії на подальший перебіг III періоду впродовж дворічного спостереження.

Список літератури

1. Валуєва С.В., Денисюк В.І. Пілотний реєстр гострих коронарних синдромів з елевацією сегмента ST «STIMUL»: характеристика хворих, організація медичної допомоги на госпітальному етапі лікування // Укр. кардіол. журн.— 2011.— № 3.— С. 76—83.
2. Коваленко В.М. Профілактика та лікування інфаркту міокарда в Україні // Укр. кардіол. журн.— 2009.— № 8.— С. 4—9.
3. Пархоменко А.Н., Лутай Я.М., Дашан 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.
4. Эрлих А.Д., Грацианский Н.А. и участники регистра РЕКОРД Независимый регистр острых коронарных синдромов РЕКОРД. Характеристика больных и лечение до выписки из стационара // Атеротромбоз.— 2009.— № 1.— С. 105—119.
5. Hasdai D., Behar S., Wallentin L. et al. A prospective survey of the characteristics, treatments and outcomes of patients with acute coronary syndromes in Europe and the Mediterranean basin; the Euro Heart Survey of Acute Coronary Syndromes (Euro Heart Survey ACS) // Eur. Heart J.— 2002.— Vol. 23 (15)— P. 1190—1201.
6. Hvelplund A., Galatius S., Madsen M. et al. Influence of distance from home to invasive centre on invasive treatment after acute coronary syndrome: a nationwide study of 24 910 patients // Heart.— 2011.— Vol. 97.— P. 27—32.
7. Mandelzweig L., Battler A., Boyko V. et al. The second Euro Heart Survey on acute coronary syndromes: Characteristics, treatment and outcome of patients with ACS in Europe and the Mediterranean basin in 2004 // Eur. Heart J.— Vol. 27 (19)— P. 2285—2293.
8. Montalescot G., Cayla G., Collet J.P. et al. Immediate vs delayed intervention for acute coronary syndromes: a randomized clinical trial // JAMA.— 2009.— Vol. 302.— P. 947—954.
9. Nallamothu B., Fox K.A., Kennelly B.M. et al. Relationship of treatment delays and mortality in patients undergoing fibrinolysis and primary percutaneous coronary intervention. The Global Registry of Acute Coronary Events // Heart.— 2007.— Vol. 93.— P. 1552—1555.
10. Van De Werf F., Bax J., Betriu A. et al. Management of acute myocardial infarction in patients presenting with persistent ST-segment elevation: the Task Force on the Management of ST-Segment Elevation Acute Myocardial Infarction of the European Society of Cardiology // Eur. Heart J.— 2008.— Vol. 29.— P. 2909—2945.

С.В. Валуева, В.И. Денисюк

Пилотный регистр острых коронарных синдромов с элевацией сегмента ST «STIMUL»: организация медицинской помощи в стационаре в зависимости от метода лечения

В статье представлены результаты пилотного регистра острых коронарных синдромов с элевацией сегмента ST «STIMUL», в котором приняло участие 1103 больных Винницкой и Хмельницкой областей. Проведена клиничко-анамнестическая характеристика пациентов, оценено качество предоставления медицинской помощи населению в стационарах в зависимости от избранного метода лечения. Частота проведения реперфузионной терапии составила 29,92 %, из них первичные коронарные вмешательства проведены 71,82 % больным, фибринолиз — 28,18 %. Большинству лиц (76,92 %), которые имели прямые показания к проведению инвазивного лечения (кардиогенный шок), не проводили реперфузионную терапию. Частота назначения лекарственных средств в стационаре была высокой у всех пациентов. У больных, которым не была проведена реканализация сосудов, ранний постинфарктный период значительно чаще осложнялся острой сердечной недостаточностью ($p < 0,001$), в т.ч. кардиогенным шоком ($p < 0,05$), внезапной остановкой кровообращения, формированием аневризмы сердца ($p < 0,01$). Реперфузионная терапия чаще сопровождалась возникновением кровотечений ($p < 0,001$). При проведении фибринолиза, по сравнению с постановкой стентов, чаще возникали жизнеопасные нарушения ритма, внезапная остановка кровообращения, рецидив инфаркта ($p < 0,05$). Госпитальная летальность при проведении первичной реперфузии составила 6,97 %, при консервативном лечении — 13,2 % ($p < 0,01$). Вывод: частота проведения реперфузионной терапии в центральных областях Украины остается низкой, что предопределяет высокие показатели летальности, ухудшает прогноз у больных.

S.V. Valueva, V.I. Denisyuk

The pilot registry of acute coronary syndromes with ST segment elevation «STIMUL»: results of in-hospital medical care depending on the method of treatment

The article presents results of the pilot registry of acute coronary syndromes with ST segment elevation «STIMUL», which involved 1103 patients from Vinnitsia and Khmelnytsky regions.

The study included assessment of clinical status and medical history of patients, evaluation of quality of the in-hospital medical care depending on the chosen method of treatment. The rate of the performed reperfusion therapy was 29.92 %, from them primary coronary interventions were performed to 71.82 % of patients, fibrinolysis to 28.18 %. The most part of patient (76.92 %) with the direct indications for invasive treatment (cardiogenic shock) has not received reperfusion therapy. The rate of administration of the medicinal agents was high for all hospitalized patients. Patients who did not receive vascular recanalization, had more frequent complications in the early post-infarction period in a form of acute heart failure ($p < 0.001$), including cardiogenic shock ($p < 0.05$), sudden circulatory arrest, formation of cardiac aneurism ($p < 0.01$). Reperfusion therapy was accompanied with more frequent bleedings ($p < 0.001$). During performance of fibrinolysis in comparison with stenting, the life-threatening arrhythmias, sudden circulatory arrest, recurrent infarction ($p < 0.05$) developed more frequently. In-hospital mortality was 6.97 % at performance of primary reperfusion and at conservative treatment 13.2 % ($p < 0.01$). It has been concluded the frequency of the reperfusion therapy performance remains low in the central regions of Ukraine, and this predetermines the high mortality rates and worsening of the prognosis for the patients.