

Samoilenko A.V., Ekhalov V.V., Romanyuta I.A.  
SI «Dnipropetrovsk State Medical Academy MOH of Ukraine»

## THEMATIC TESTING IN PREPARATION OF INTERNS WITH A SPECIALIZATION IN «STOMATOLOGY» FOR THE LICENSE EXAM «KROK-3»

### Summary

License exam «Krok-3» gives the final answer about the willingness of doctors interns to self-practice after the end of internship. In this connection role of the quality of test tasks, depth coverage of them all the program of practical and theoretical medicine. Use on the classes of thematic test tasks helps young doctors better take possession of the theoretical material, sighting directing attention to the individual sections of the curriculum. Involvement of doctors interns to self-creation of test tasks, structurally similar license tests, decision and discussion of tests other interns in the group, assessment and correction of these test tasks teacher, allows you to find out qualitative indicators exam on the 20-25%. The introduction of stimulating pedagogical principles allows you to optimize the process preparation of doctors interns dentists to the license exam.

**Keywords:** license exam, thematic testing, doctors interns, dentist, stomatology.

УДК 616.8-089

## СУЧАСНІ ПОГЛЯДИ НА ДЕЯКІ АСПЕКТИ АНЕСТЕЗІОЛОГІЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ОПЕРАЦІЙ ЩИТОВИДНОЇ ЗАЛОЗИ

Сергєєва Н.С.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

Шпиленко О.Ф.

Запорізький державний медичний університет

Захворювання щитовидної залози є найбільш поширеними в ендокринології. Тиреотоксикоз викликає порушення функції практично всіх органів і систем, при цьому найбільш значних змін зазнає система кровообігу. Патологія серцево-судинної системи впливає не тільки на якість життя пацієнта, але і значно підвищує ризик виконання операції. З цієї причини більшість авторів розглядають тиреотоксикоз як протипоказання до планового оперативного втручання. Разом з тим відомо, що медикаментозна компенсація тиреотоксикозу може бути досягнута далеко не у всіх пацієнтів. У цьому випадку результати лікування та безпека хворого під час оперативного втручання, в більшій мірі залежать від виду і якості анестезіологічної захисту.

**Ключові слова:** щитовидна залоза, токсичний зоб, тиреотоксикоз, анестезіологічне забезпечення.

**Постановка проблеми:** Захворювання щитовидної залози відносяться до числа найбільш поширених, а явні і приховані форми тиреотоксикозу зустрічаються з частотою від 20 до 50 випадків на 100000 населення. Тиреотоксикоз викликає порушення функції практично всіх органів і систем [1], при цьому найбільш значних змін зазнає система кровообігу [2].

**Аналіз останніх досліджень і публікацій:** Основними механізмами патологічних змін серцево-судинної системи при тиреотоксикозі є: по-перше, підвищення активності симпатичної нервової системи, при якому зростає число  $\beta$ -адренорецепторів міокарду і підвищується їх чутливість до впливу адренергічних речовин; по-друге, безпосередня дія тиреоїдних гормонів на міокард [3]. При тиреотоксикозі відбуваються різкі зміни гемодинаміки: збільшення частоти серцевих скорочень, підвищення ударного і хвилинного обсягу кровообігу, зниження загального периферичного судинного опору, зміни артеріального тиску [3], при цьому сту-

пінь вираженості порушень серцево-судинної системи безпосередньо залежить від тяжкості тиреотоксикозу.

**Виділення невирішених раніше частин загальної проблеми:** Некомпенсований тиреотоксикоз не тільки погіршує якість життя пацієнтів, але і значно підвищує ризик виконання операції, що дозволяє вважати його протипоказанням до планового оперативного втручання [4] і підставою для обов'язкового проведення цілеспрямованої передопераційної підготовки.

**Формулювання цілей статті:** У статті розглянуті питання підготовки хворих на тиреотоксикоз до оперативного втручання, а також ведення цих пацієнтів в періопераційному періоді.

**Виклад основного матеріалу дослідження:** Основними завданнями передопераційної підготовки є: усунення явищ тиреотоксикозу або максимальна його компенсація, відновлення метаболічних процесів і функціональних можливостей органів і систем, що зазнають максимальне навантаження під час та після операції.

З урахуванням цих завдань хворим з ознаками тиреотоксикозу перед оперативним втручанням проводять медикаментозну терапію із застосуванням тиреостатиків, глюкокортикоїдів та  $\beta$ -блокаторів. Використання препаратів даних груп має як позитивні сторони, так і певні недоліки. Тиреостатики гальмують синтез тиреоїдних гормонів, блокують процес йодування тиреоглобуліну, припиняють захоплення йоду щитовидною залозою [3]. Однак при тривалому застосуванні тиреостатиків щитовидна залоза збільшується в об'ємі, стає більш пухкою, посилюється її кровопостачання, що погіршує умови для виконання операції. Для зниження рівня тиреоїдних гормонів в крові призначають, в якості монотерапії або в поєднанні з антитиреоїдними препаратами, кортикостероїди, лікувальний ефект яких пов'язують з гальмуванням процесів секреції і периферичної конверсії тироксину в більш активний  $T_3$ . Для медикаментозної компенсації порушень гемодинаміки зазвичай призначають  $\beta$ -блокатори. Ці препарати не впливають на синтез і вивільнення гормонів щитовидної залози, а реалізують свій ефект шляхом блокади дії симпатичної нервової системи на серце, що призводить до зниження навантаження на міокард і зменшення його потреби в кисні [3]. Застосування  $\beta$ -адреноблокаторів сприятливо відбивається на функції синусового вузла і провідникової системи в цілому. Ці препарати зарекомендували себе як дуже ефективний засіб при лікуванні таких порушень ритму серця, як синусова тахікардія, надшлуночкові форми екстрасистолічної аритмії і мерехтіння передсердя. Таким чином, терапія  $\beta$ -блокаторами можлива як елемент передопераційної підготовки, однак треба враховувати, що тривале застосування  $\beta$ -блокаторів без тиреостатичних препаратів не дає об'єктивного позитивного ефекту, а лише усуває деякі симптоми тиреотоксикозу. Більш того, призначення  $\beta$ -блокаторів, що володіють негативним ефектом, на тлі значних метаболічних порушень в міокарді, характерних для хворих з тиреотоксикозом, може підвищити ризик важких гемодинамічних ускладнень (брадикардія, артеріальна гіпотензія, системні порушення перфузії) під час оперативного втручання [5].

Таким чином, для кожного з лікарських засобів або їх комбінацій, які застосовуються для нівелювання тиреотоксикозу в передопераційному періоді, існують певні обмеження, що знижує ефективність підготовки хворих до операції, а у частини хворих не дозволяє досягти стану навіть симптоматичної компенсації [3]. У таких умовах основним резервом підвищення безпеки майбутньої операції стає використання сучасних можливостей анестезіологічного забезпечення.

При виборі засобів для премедикації необхідно пам'ятати, що у хворих з тиреотоксикозом, значно частіше, ніж у інших пацієнтів, психоемоційний стрес, пов'язаний з транспортуванням в операційну і очікуванням операції може викликати серйозні розлади гемодинаміки, такі як підйом артеріального тиску, тахікардію, аритмію, нерідко в поєднанні з системною гіперперфузією [5]. Це визначає особливості премедикації, яка в оптимальному варіанті повинна включати тільки бензодіазепіни в дозах, які забезпечують більш глибоку, ніж традиційно, але добре керовану і контрольовану седацию.

На даний час, переважна більшість операцій на щитовидній залозі виконуються в умовах загаль-

ної анестезії з інтубацією трахеї і штучною вентиляцією легень, яка практично повністю витіснила інші методи знеболювання [6]. Наявність ендотрахеальної трубки, в умовах зміщення, деформації та здавлення трахеї, при вимушеному положенні на операційному столі забезпечує вільну прохідність дихальних шляхів і адекватну вентиляцію легень під час операції [5], а застосування сучасних інгаляційних анестетиків – контрольовану глибину анестезії і передбачувану тривалість.

Первинну анестезію у хворих з тиреотоксикозом проводять, комбінуючи барбітурати, фентаніл і міорелаксанти. Одним з плюсів застосування барбітуратів при первинній анестезії є їх здатність впливати на рівень тиреоїдних гормонів в крові, оскільки вони пригнічують функцію щитовидної залози [5]. Так само для первинної анестезії на даний час застосовують пропофол. Пропофол більшою мірою зменшує загальний периферичний судинний опір, скоротність міокарду [7]. Для забезпечення найкращого захисту від патологічних рефлексів, що виникають у відповідь на інтубацію трахеї, до первинної анестезії додають невеликі дози наркотичних анальгетиків (фентаніл).

У 15-18% пацієнтів із захворюваннями щитовидної залози виникають труднощі при інтубації трахеї, пов'язані з порушенням топографо-анатомічних взаємовідносин органів шиї, наявністю у деяких хворих крім зоба, короткою і товстою шиї, підвищена чутливість слизових до механічної травми. Проблема важкої інтубації в хірургії щитовидної залози ускладнюється ще й тією обставиною, що збільшена в розмірі щитовидна залоза не дозволяє використовувати. Згідно ASA рекомендацій, «важка інтубація» визначається як клінічна ситуація, при якій анестезіолог знає труднощі при масочній вентиляції і/або інтубації трахеї. Важкою вважається інтубація, коли анестезіологу потрібно більше трьох спроб стандартної ларингоскопії. Принципово важливим рішенням при виникненні важкої інтубації є вибір між стратегією «руху вперед» або стратегією «руху назад». Стратегія «руху вперед» передбачає поглиблення анестезії і м'язової релаксації для поліпшення умов ларингоскопії. Дана стратегія протипоказана хворим з тиреотоксикозом через підвищену потребу в кисні і різко збільшеною чутливістю до вуглекислого газу. Стратегія «руху назад», т. е. припинення анестезії та відновлення спонтанного дихання, є більш кращою в ендокринній хірургії. Подібне рішення дозволяє знайти оптимальний варіант забезпечення прохідності дихальних шляхів різними методами.

Останнім часом в якості альтернативи інтубації трахеї є застосування ларингеальної маски. У порівнянні з інтубаційною трубкою ларингеальна маска в ряді випадків має ряд незаперечних переваг – швидка, менш травматична установка без використання ларингоскопа, відсутність небезпеки інтубації стравоходу і головного бронха. Крім того, ларингеальна маска, надаючи менший опір диханню за рахунок більш широкого просвіту, сприяє ранньому відновленню кашлю. Мінімальна подразнююча дія ларингеальної маски на рецептори ротоглотки, гортані і трахеї дозволяє досить легко і безпечно переводити хворих на спонтанне дихання, поєднуючи в ряді випадків цю процедуру з допоміжною ШВЛ [8].

Для проведення хірургічного втручання на щитовидній залозі потрібен певний рівень анесте-

зіологічної захисту організму [9]. При виборі анестетики, необхідно враховувати багато факторів, такі як: його вплив на серцево-судинну систему і на секрецію тиреоїдних гормонів, функціональний стан паренхіматозних органів і щитовидної залози [5]. До недавнього часу при операціях з приводу токсичного зобу широко застосовували інгаляційні анестетики: ефір, циклопропан, галотан, метоксифлуран або нейролептанальгезію. Ці препарати практично не змінюють зміст тиреотропного гормону гіпофіза в плазмі хворого на тиреотоксикоз [10]. При використанні ефіру зміст тироксину в плазмі крові збільшується на 25%, у галотана – на 12%. Метоксифлуран істотно не впливає на рівень  $T_4$  в крові, а тіопентал-натрій і місцеві анестетики помітно його знижують. Всі інгаляційні анестетики, а так само морфін, діа-зепам, кетамін, місцеві анестетики та нейролептанальгезія знижують концентрацію  $T_3$  в плазмі в середньому на 30% [5]. Галотан помірно знижує активність щитовидної залози, а при поєднанні з нейролептанальгезією забезпечує хорошу керованість наркозу, достатній нейровегетативний захист [11].

Анестезія ізофлураном характеризується граничною короткочасністю ефекту і достатньою терапевтичною широтою, забезпечує більш стабільні показники гемодинаміки і більш швидке пробудження в порівнянні з анестезією галотаном [12]. Однак всі ці інгаляційні анестетики не позбавлені недоліків. Галотан зменшує системний кровотік, надає кардіодепресивний вплив, сенсibiliзує міокард до катехоламінів, токсичний для печінки [13]; метоксифлуран – нефротоксичен; енфлуран – може стимулювати функцію щитовидної залози; ізофлуран – істотно знижувати артеріальний тиск [7, 14].

З цих причин на даний час в клінічній практиці все частіше застосовують інгаляційні анестетики «третього покоління», до них відносяться севофлуран, ксенон [7, 15, 16]. Севофлуран, так само як і ізофлуран, за даними літератури, із мінімальним токсичним впливом на організм [17, 18] володіє достатньою широтою терапевтичного ефекту для забезпечення гарної керованості анестезією і швидкого виходу з неї. Севофлуран впливає на гемодинаміку в меншій мірі, ніж ізофлуран і десфлуран [19], і має більш значий кар-

діопротективний ефект в порівнянні з тотальною внутрішньовенною анестезією [19]. У той час як порушення ритму спостерігається більш ніж у 60% пацієнтів в умовах інгаляційної анестезії з використанням галотана та енфлурану, севофлуран не впливає на чутливість міокарда до адреналіну, тим самим не надаючи аритмогенного ефекту, властивого галотаном і енфлураном.

Застосування ксенону представляє особливий інтерес в галузі сучасної і комфортної анестезіології. Цьому, безумовно, сприяє велика кількість фундаментальних досліджень, експериментальних робіт, доклінічних випробувань, що забезпечили теоретичну і методологічну основу для застосування ксенону в клінічній практиці, а так само поява спеціальних дозиметрів і газоаналізаторів [20, 21, 22]. Ксенон не володіє токсичними ефектами на організм пацієнта [23, 24] і не протипоказаний хворим, які знаходяться в стані вираженого ендотоксикозу різної етіології [25]. При дослідженні впливу ксенону на функцію щитовидної залози, відмічено підвищення рівня ТТГ в межах фізіологічних коливань, рівень гормонів  $T_3$  і  $T_4$  мали тенденцію до зниження в межах норми. За динамікою тиреоїдних гормонів можна стверджувати, що анестезія ксенонном адекватна характеру оперативного втручання [26]. Медичний газ ксенон забезпечує стабільну гемодинаміку, підвищення органного кровотоку, поліпшення мікроциркуляції [26, 27, 28]. У клінічних дослідженнях відзначається, що анестезія з використанням медичного газу ксенон, істотно не впливає на показники центральної гемодинаміки [29].

**Висновки з даного дослідження і перспективи.** В останні десятиліття спостерігається тенденція до розширення показань хірургічного лікування хворих із захворюваннями щитовидної залози [30], це обумовлено не тільки поліпшенням оперативної техніки хірургів, що дозволяє робити технічно складні операції, але і більш широкими можливостями анестезіології, що забезпечують благополучний перебіг періопераційного періоду. При цьому слід зазначити, що успіх хірургічного лікування токсичного зобу багато в чому обумовлений вибором оптимальної програми анестезіологічного забезпечення оперативного втручання.

## Список літератури:

1. Савостьянов К. В., Чистяков Д. А., Петунина Н. А. Генетическая предрасположенность к развитию диффузного токсического зоба в популяции Москвы. Проблемы эндокринологии 2004; 6:10–14.
2. Шульгина В. Ю., Фадеев В. В., Мельниченко Г. А. Факторы риска тиреотоксической кардиомиопатии. Пробл. эндокринологии 2007; 53 (4): 22–26.
3. Аметов А. С., Конијева М. Ю., Лукьянова И. В. Сердечно-сосудистая при тиреотоксикозе. Consilium medicum 2003; 5 (11): 660–663.
4. Калинин А. П., Майстренко Н. А., Ветшев П. С. Хирургическая эндокринология. – СПб.: Питер; 2004.
5. Неймарк М. И., Калинин А. П. Периоперационный период в эндокринной хирургии. – М.: Медицина; 2003.
6. Панкратов П. А., Кузьмин А. Е., Ракчеев Н. В., Козлов Н. С. Эндотра-хеальный комбинированный наркоз при операциях на щитовидной железе. Сиб. мед. обозр. 2002; 21 (1): 38–40.
7. Морган-мл Дж. Э, Мэгид С. М. Клиническая анестезиология. – М.: Бином; 2004.
8. Хемпель В. Показания для применения ларингеальной маски. Актуальные проблемы анестезиологии и реаниматологии. Освежающий курс лекций. Под ред. Э. В. Недашковского. – Архангельск; 2000. 16–18.
9. Буров Н. Е. Влияние ксенона и закиси азота на показатели гомеостаза. Клини. анестезиология и реаниматология 2005; 2 (3): 22–30.
10. Калви Т. Н., Уильямс Н. Е. Фармакология для анестезиолога. Под ред. В. М. Мизикова, А. М. Цетлина. – М.: Бином; 2007.
11. Мороз В. В., Васильев В. Ю., Кузовлев А. К. Исторические аспекты анестезиологии-реаниматологии. Неингаляционная внутрисосудистая анестезия. Общая реаниматология. 2007; 3 (2): 69–74.
12. Острейков И. Ф., Пивоваров С. А., Бабаев Б. Д., Шишков М. В. Ингаляционная анестезия галогенсодержащими анестетиками у детей. Анестезиология и реаниматология 2002; 1: 4–6.

13. Синицин М. А., Шендерова Р. И. Влияние фторотана и изофлурана на показатели гомеостаза у фтизиопульмонологических больных при повторных операциях. Проблемы туберкулеза 2000; 6: 55–57.
14. Лебединский К. М. Анестезия и системная гемодинамика. – СПб.: Человек; 2000.
15. Мороз В. В., Васильев В. Ю., Кузовлев А. Н. Исторические аспекты анестезиологии-реаниматологии. Общая реаниматология 2006; 2 (2): 59–67.
16. Мизиков В. М., Бунятян А. А. Возможности и перспективы применения севофлурана в отечественной анестезиологической практике. Тематический обзор. – М.: Информ-право; 2005.
17. Kharash E. D. Metabolism and toxicity of the new anesthetic agents. Anesth. Analg. 2000; 52 (5): 41–52.
18. Nuscheler M., Conzen P., Peter K. Sevoflurane: metabolism and toxicity Anaesthetist 1998; 47 (1): 24–32.
19. Bein B., Renner J., Caliebe D. et al. Sevoflurane but not propofol preserves myocardial function during minimally invasive direct coronary artery bypass surgery. Anesth. Analg. 2005; 100: 610–616.
20. Буров Н. Е., Потапов В. Н. Ксенон в практической анестезиологии. Состояние и перспективы применения в России. В кн.: Сб. докл. научно-практической конференции «Ксенон и ксеноносберегающие технологии в медицине – 2005». – М.: 2005. 57–64.
21. Козлов И. А., Воронин С. В., Степанова О. В. Ксеноновая анестезия у больных высокого риска. Сб. докл. научно-практической конференции «Ксенон и ксеноносберегающие технологии в медицине – 2005». – М.: 2005. 66–71.
22. Руденко М. И., Пасько В. Г., Андрюшкин В. Н., Таубаев Б. М. Ксеноновая анестезия при абдоминальных операциях. Сб. докл. научно-практической конференции «Ксенон и ксеноносберегающие технологии в медицине – 2005». – М.: 2005. 64–66.
23. Буров Н. Е., Потапов В. Н., Макеев Г. Н. Ксенон в анестезиологии. Клинико-экспериментальные исследования. – М.: Пульс; 2000.
24. Ma D., Wilhelm S., Maze M., Franks N. P. Neuroprotective and neuro-toxic properties of the «inert» gas, xenon. British J. Anaesthesia 2002; 89 (5): 739–746.
25. Буров Н. Е., Молчанов И. В., Потапов В. Н. Анестезия ксеноном – новое направление в современной анестезиологии. Клиническая анестезиология и реаниматология. 2004; 1 (1): 11–16.
26. Hecker K. E., Baumert J. H., Horn N., Rossaint R. Xenon, a modern anaesthesia gas. Minerva Anesthesiol. 2004; 70: 255–260.
27. Preckel B., Schlack W. Xenon – cardiovascularly inert British J. Anaesthesia 2004; 92: 786–789.
28. Preckel B., Schlack W., Heibel T., Rutten H. Xenon produces minimal haemodynamic effects in rabbit with chronically compromised left ventricular function. British J. Anaesthesia 2002; 88: 264–269.
29. Baumert J. H., Falter F., Eletr D. et al. Xenon anaesthesia may preserve cardiovascular function in patients with heart failure. Acta Anaesthesiol Scand. 2005; 49: 743–749.
30. Ветшев П. С., Карпова О. Ю., Салиба М. Б. «Ахиллесова пята» в хирургии щитовидной железы. Проблемы эндокринологии 2007; 53 (2): 3–8.

**Сергеева Н.С.**

Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца

**Шпиленко О.Ф.**

Запорожский государственный медицинский университет

## **СОВРЕМЕННЫЕ ВЗГЛЯДЫ НА НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ОПЕРАЦИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

### **Аннотация**

Заболевания щитовидной железы являются наиболее распространенными в эндокринологии. Тиреотоксикоз вызывает нарушение функции практически всех органов и систем, при этом наиболее значительные изменения претерпевает система кровообращения. Патология сердечно-сосудистой системы влияет не только на качество жизни пациента, но и значительно повышает риск выполнения операции. По этой причине большинство авторов рассматривают тиреотоксикоз как противопоказание к плановому оперативному вмешательству. Вместе с тем известно, что медикаментозная компенсация тиреотоксикоза может быть достигнута далеко не у всех пациентов. В этом случае результаты лечения и безопасность больного во время оперативного вмешательства, в большей степени зависят от вида и качества анестезиологической защиты.

**Ключевые слова:** щитовидная железа, токсический зоб, тиреотоксикоз, анестезиологическое обеспечение.

**Sergeyeva N.S.**

Bogomolets National Medical University

**Shpylenko O.F.**

Zaporozhye State Medical University

## CURRENT VIEWS ON SOME ASPECTS OF ANESTHESIA THYROID OPERATIONS

### Summary

Thyroid diseases are most common in endocrinology. Thyrotoxicosis induces dysfunction of virtually all organs and systems, the blood circulatory system being subjected to considerable changes. Cardiovascular diseases affect not only the quality of life in a patient, but significantly increase a risk from surgery that is the only radical treatment. For this reason, most authors consider thyrotoxicosis to be a contraindication to elective surgical intervention. At the same time it is known that drug compensation of thyrotoxicosis may be attained in not all patients. In this case, the results of treatment and a patient's safety during surgery depend on the type and quality of anesthetic protection.

**Keywords:** thyroid, toxic goiter, thyrotoxicosis, premedication, anesthetic mode.

УДК 616.127-005.8

## ПОРІВНЯЛЬНА КЛІНІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ХВОРИХ, ПЕРЕБІГ ТА ВИХОДИ ЗАХВОРЮВАННЯ ЗА ДАНИМИ УКРАЇНСЬКИХ ТА ЄВРОПЕЙСЬКИХ РЕГІСТРІВ ГОСТРИХ КОРОНАРНИХ СИНДРОМІВ 2009-2015 РОКІВ

**Щукіна О.С., Коваль О.А.**

ДЗ «Дніпропетровська державна медична академія» МОЗ України

Метою роботи стала порівняльна характеристика скарг, основних клінічних даних, перебігу та наслідків захворювання в українській та європейській групах, включених в реєстр SNAPSHOT 2009, і регіональної групи 2015 року. У регіональній групі 2015 року зменшилася частка пацієнтів з типовою ангінозною клінічною картиною (з 97% до 65,3%) і ГКС з елевацією сегмента ST (з 68% до 25,7%). Також рівень ризику за шкалою GRACE при надходженні низився з високого (155±36 б.) в групах 2009 року до середнього (129,4±33,5 б.) в локальній групі. Відповідно у 2015 р. збільшилась кількість пацієнтів без гострої лівощлуночкової недостатності (Killip I) – з 72% до 80%, а з Killip II-III – зменшилася (з 25% до 17%). Тим не менше рівень летальності в регіональній групі був вище, ніж в європейській та українській групах 2009 року. Зменшилася кількість ускладнень під час перебування в стаціонарі в регіональній групі.

**Ключові слова:** гострі коронарні синдроми, реєстр, перебіг захворювання, клінічні виходи, ускладнення.

**Постановка проблеми.** Гострі форми ішемічної хвороби серця тривалий час посідають провідне місце в загальній структурі серцево-судинної захворюваності та смертності. Незважаючи на суттєві досягнення останніх років у їх діагностиці та лікуванні, в Україні має місце тенденція до омолодження контингенту таких пацієнтів, несприятливого перебігу захворювання та як наслідок – зростання ранньої інвалідизації осіб працездатного віку. В Україні частина працездатних хворих з гострим інфарктом міокарду становить 29,0% [3]. Тому є важливим проведення аналізу залежності основних клінічних характеристик, перебігу та виходів у пацієнтів з гострим коронарним синдромом шляхом порівняння локальних та міжнародних реєстрів та виявлення основних тенденцій та закономірностей у взаємозв'язку цих характеристик.

**Аналіз останніх досліджень та публікацій.** Були проаналізовані основні клінічні характеристики та клінічні виходи у пацієнтів, які були включені у реєстр SNAPSHOT 2009 та локальної групи національного реєстра 2015 р. До реєстру SNAPSHOT 2009, який проводився 7-20 грудня 2009 року на території усієї Європи, було вклю-

чено 3209 пацієнтів, в тому числі й 198 українських пацієнтів. У реєстр, який проводився протягом 2 тижнів на базі Лікарні швидкої медичної допомоги міста Дніпро у 2015 році, було включено 101 хворого. Критеріями включення у обидва дослідження були подібними (вік старший за 18 років, госпіталізація з приводу діагнозу ГКС, який ґрунтувався на клінічних проявах, даних ЕКГ, згода на участь у реєстрі). У реєстри не включалися пацієнти з гострим інфарктом міокарду (ІМ), що розвинувся внаслідок перкутанної транслюмінарної коронарної ангіопластики або аортокоронарного шунтування (АКШ). В обох реєстрах необхідна інформація збиралась шляхом анкетування пацієнтів під час госпіталізації та обробкою даних з історій хвороби після попередньої письмової згоди пацієнта на обробку його даних.

Подібність критеріїв включення та виключення у SNAPSHOT 2009 та регіонального реєстру дала змогу провести аналіз основних змін та тенденцій у змінах клінічних характеристик, результатів додаткових методів дослідження, лікування та клінічних виходів у хворих з ГКС. При аналізі результатів реєстрів була розрахована статистична значимість для проаналізова-