Инфаркт миокарда без подъема сегмента ST - 2020

Профессор А.С. Галявич
Заведующий кафедрой кардиологии КГМУ
Вице-президент РКО
Главный внештатный кардиолог ПФО

МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Клинические рекомендации

Острый коронарный синдром без подъема сегмента ST электрокардиограммы

2. Диагностика

Диагноз ОКСбпST выставляется при наличии остро возникших клинических признаков или симптомов ишемии миокарда, когда на ЭКГ отсутствует стойкий (длительностью более 20 минут) подъем сегмента ST как минимум в двух смежных отведениях и нет остро возникшей блокады левой ножки пучка Гиса (подробности в разделах 1.1 и 1.6). При сомнении в наличии ишемии миокарда небходимы дополнительные диагностические исследования, позволяющие осуществить дифференциальную диагностику.

2.3. Лабораторные диагностические исследования

- У всех пациентов с подозрением на ОКСбпST рекомендуется исследование динамики уровня биохимических маркеров повреждения кардиомиоцитов в крови, предпочтительно сердечного тропонина T или I, для подтверждения/исключения ИМ и оценки риска неблагоприятного исхода [20–24].

ЕОК IA (УУР А, УДД 1)

В ранние сроки после госпитализации с ОКСбпST рекомендуется использовать валидизированные алгоритмы, предполагающие определение концентрации сердечных тропонинов T или I в крови (предпочтительно высокочувствительными методами) для быстрого подтверждения/исключения ИМ [25–47].

ЕОК IB (УУР А, УДД 2)

У всех пациентов с подозрением на ОКСбпST при поступлении в стационар рекомендуется исследование уровня креатинина в крови с расчетом скорости клубочковой фильтрации (рСКФ) с целью выявления противопоказаний и выбора дозировок для ряда лекарственных средств, стратификации пациентов по риску развития ишемических и геморрагических осложнений [48-50].

ЕОК IA (УУР А, УДД 3)

У всех пациентов с подозрением на ОКСбпST при поступлении в стационар рекомендуется исследование уровня глюкозы в крови, скрининг на наличие СД, а также повторное исследование уровня глюкозы в крови при СД в анамнезе или гипергликемии при госпитализации с целью оценки риска неблагоприятного исхода [51-53].

ЕОК IC (УУР В, УДД 3)

При ОКСбпST рекомендуется как можно быстрее выполнить биохимический анализ крови по оценке нарушений липидного обмена, предпочтительно в первые 24 ч. после госпитализации, для последующего сопоставления с уровнями липидов, достигнутыми при использовании гиполипидемических лекарственных средств [19, 54].

ЕОК IC (УУР C, УДД 5)

У всех пациентов с подозрением на ОКС рекомендуется в течение 10 мин. на месте первого контакта с медицинским работником (как правило, догоспитально) зарегистрировать и интерпретировать ЭКГ в покое как в минимум в 12 стандартных отведениях для диагностики ОКСбпST,

исключения ОКС с подъемом сегмента ST и других причин возникновения симптомов [55–61].

ЕОК IB (УУР В, УДД 2)

У всех пациентов с подозрением на ОКСбпST рекомендуется дистанционное наблюдение за электрокардиографическими данными (мониторирование ЭКГ) для своевременного выявления опасных нарушений сердечного ритма [18,62].

ЕОК IC (УУР С, УДД 5)

У всех пациентов с подозрением на ОКСбпST рекомендуется выполнить эхокардиографию (ЭхоКГ) с обязательной оценкой фракции выброса (ФВ) ЛЖ для уточнения диагноза, подходов к лечению, проведения дифференциальной диагностики и выявления осложнений [63-67].

ЕОК IC (УУР С, УДД 5)

При необходимости проведения дифференциальной диагностики у пациентов с подозрением на ОКСбпST рекомендуется выполнить рентгенографию легких [68, 69].

ЕОК IC (УУР С, УДД 4)

При подозрении на ОКСбпST рекомендуется выполнение КГ для уточнения диагноза, оценки прогноза, определения показаний для инвазивного лечения и выбора метода реваскуляризации миокарда [70, 71].

ЕОК IA (УУР А, УДД 2)

Для выявления ишемии миокарда у пациентов с подозрением на ОКСбпST, без возобновляющихся приступов боли в грудной клетке, ишемических изменений на ЭКГ в динамике и диагностически значимого повышения уровня сердечного тропонина в крови при повторных определениях (предпочтительно высокочувствительным методом), рекомендуется выполнение неинвазивного стресс-теста (см. Термины и определения) [72–78].

ЕОК IA (УУР А, УДД 2)

Комментарии: *Неинвазивные стресс-тесты с визуализацией сердца предпочтительнее нагрузочной пробы под контролем ЭКГ и не имеют альтернативы в случаях, когда исходные изменения на ЭКГ препятствуют выявлению ишемии. Предпочтительно выполнение неинвазивных стресс-тестов в первые 72 ч. после госпитализации, если нет противопоказаний.*

Компьютерно-томографическая коронарографиярекомендуется для исключения ОКС у пациентов с невысокой вероятностью наличия ИБС при отсутствии ишемических изменений на ЭКГ и повышенного уровня сердечного тропонина I или T в крови [83–90].

ЕОК IIa A (УУР А, УДД 1)

Стратификация риска неблагоприятного исхода

Для стратификации риска неблагоприятного исхода и выбора стратегии ведения у пациентов с ОКСбпST рекомендуется осуществлять совокупную оценку анамнеза, клинических данных, ЭКГ, ЭхоКГ, результатов исследования уровня сердечного тропонина I или T в крови (предпочтительно методом с высокой чувствительностью), функции почек (рСКФ) и в некоторых случаях методик выявления ишемии миокарда с помощью визуализации сердца [91–96].

ЕОК IA (УУР С, УДД 4)

У пациентов с ОКСбпST для стратификации риска неблагоприятного исхода рекомендуется использовать валидизированные индексы и шкалы [97–106].

ЕОК IB (УУР А, УДД 2)

Комментарии: *Для оценки прогноза при ОКСбпST рекомендуется использовать шкалу GRACE (Приложение Г8) [99–104]. Один из ее вариантов дает возможность осуществить стратификацию риска при госпитализации, другой – при выписке из стационара.*

Для оценки риска кровотечений рекомендуются шкала CRUSADE (оценка риска крупных кровотечений в период госпитализации у пациентов, подвергнутых КГ) [49] и шкала PRECISE-DAPT (оценка риска кровотечений у стентированных пациентов при использовании двойной антитромбоцитарной терапии) [106]

3.1.1. Обезболивание

При ОКСбпST внутривенное введение наркотического анальгетика (предпочтительно морфина**) рекомендуется для купирования болевого синдрома, связанного с ишемией миокарда, сохраняющегося на фоне применения короткодействующих органических нитратов и бета-адреноблокаторов [108-111].

ЕОК IIbB (УУР В, УДД 3)

3.1.2. Коррекция гипоксемии

У пациентов с ОКСбпST при наличии гипоксемии (степень насыщения крови кислородом < 90% или парциальное давление кислорода в артериальной крови < 60 мм рт. ст.) для ее устранения рекомендуется ингаляторное введение кислорода (оксигенотерапия) [19].

ЕОК IC (УУР С, УДД 5)

Комментарии: *В большинстве случаев для контроля насыщения крови кислородом достаточно пульсовой оксиметрии. Если нет показаний к другим формам дыхательной поддержки, рекомендуется дыхание кислородом через носовые катетеры или маску со скоростью 2–8 л/мин.*

У пациентов с ОКСбпST со степенью насыщения крови кислородом ^{3} 90% ингаляторное введение кислорода (оксигенотерапия) не рекомендуется из-за отсутствия положительного влияния на течение болезни и прогноз [112–116].

ЕОК IIIA (УУР А, УДД 1)