

*Р. А. Новикова, С. Е. Алексейчик, Н. А. Бохан, Т. А. Гончарик, Д. Ш. Гулиева*

## ОСТРЫЙ КОРОНАРНЫЙ СИНДРОМ БЕЗ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST – ВСЕГДА ЛИ ПРАВОМОЧЕН ЭТОТ ДИАГНОЗ

*УО «Белорусский государственный медицинский университет»*

*R. A. Novikova, S. E. Alekseychik, N. A. Bohan, T. A. Goncharik, D. Sh. Guliyeva*

### ACUTE CORONARY SYNDROME WITHOUT ST-SEGMENT RISE – IS THIS DIAGNOSIS ALWAYS ELIGIBLE

**Актуальность.** Коронарная болезнь сердца (КБС) протекает с периодами стабильного течения и обострения. Обострение КБС обозначается как острый коронарный синдром (ОКС). При этом следует подозревать острый инфаркт миокарда (ИМ): ИМ без подъема сегмента ST, ИМ с подъемом ST, ИМ по ферментам, нестабильную стенокардию. Во всех случаях отмечается патогенетическая общность – тромбоз различной степени выраженности над надрывом атеросклеротической бляшки или эрозии эндотелия. При этом ведение больных различное. На стадии нестабильной стенокардии при сформировавшемся белым тромбоцитарным тромбом необходимы антитромбоцитарные препараты, при сформировавшемся «красным» фибриновым тромбе и развившемся трансмуральным инфаркте миокарда показано проведение тромболитической терапии или реваскуляризации миокарда. В этой ситуации необходимо срочно решить вопрос о тактике ведения больного до развития Q – инфаркта миокарда. При этом при обострении ИБС больные с ОКС могут быть отнесены к одной из двух категорий: ОКС с подъемом сегмента ST и ОКС без стойкого подъема сегмента ST. Стойкий подъем сегмента ST говорит о глубокой трансмуральной ишемии миокарда, обусловленной прекращением кровотока в одной из коронарных артерий за счет тромба или выраженного длительного спазма КА (динамический стеноз), можно думать и о свежей блокаде ЛНПГ. В любом случае при стойком

подъеме ST показано быстрое восстановление кровотока: ТЛТ или первичная ангиопластика.

К категории ОКС без стойкого подъема ST относят пациентов с болями в грудной клетке или внезапно появившимися изменениями на ЭКГ, говорящими об ишемии миокарда, депрессии сегмента ST или инверсии зубца T. В основе этого вида ОКС лежит неокклюзирующий пристеночный тромб, чаще тромбоцитарный («белый») тромб, в результате возникает субэндокардиальная (нетрансмуральная) ишемия сердечной мышцы. Применение тромболитической терапии у таких больных малоэффективно. Лечение у них должно быть направлено на устранение ишемии миокарда и предотвращение процесса тромбообразования.

Диагноз ОКС без подъема ST в последнее время ставится довольно часто, иногда и необоснованно, хотя от правильности диагноза зависит исход. Диагноз ОКС без подъема ST должен соответствовать следующим критериям:

- болевой синдром
- наличие ишемических изменений на ЭКГ
- признаки нарушения сократимости миокарда (А. Л.Сыркин, 2003).

В своей работе мы решили посмотреть, как часто поставленный клиницистами диагноз ОКС без подъема ST соответствует указанным выше критериям; всегда ли высота шкалы Грейса достоверно указывает на необходимость проведения КАГ; выявить пред-

положительные параметры, которые можно использовать как косвенные показатели для выполнения КАГ при низкой шкале Грейса у пациентов с ОКС без подъема сегмента ST.

Исследовано 80 пациентов с диагнозом ОКС без подъема ST в возрасте  $68 \pm 7,2$  лет, из них 33 (41,0 %) муж. и 47 (49,0 %) жен. Диагноз выставлялся врачом скорой помощи или приемного покоя, дежурным врачом кардиологического отделения УЗ «10-я КГБ». Анализировались характер болевого синдрома, анамнез с наличием кардиальных событий в прошлом (НС, ИМ), кардиоспецифические ферменты, липидограмма, СРБ, данные ЭКГ, УЗИ сердца: (ФВ, КДО), показания для КАГ по шкале Грейса, позволившие оценить риск развития негативных сердечно-сосудистых исходов (смерть, ИМ) и необходимость в срочном выполнении КАГ.

Шкала Грейс позволяет оценить риск развития негативных сердечно-сосудистых исходов и необходимость в срочном выполнении КАГ.

– низкий риск – количество баллов по шкале <109 баллов;

– средний риск – количество баллов по шкале 109–140 баллов;

– высокий риск – количество баллов по шкале >140 баллов;

– экстренная инвазивная стратегия лечения у пациентов с ОКС без подъема ST в течение первых 2-х часов показана при балльной оценке по шкале Грейс >140 баллов

– в течение 24 часов от поступления при >140 баллов;

– поздняя (отсроченная) стратегия лечения в течение первых 72 часов от поступления при балльной оценке <140 но >108 баллов;

– инвазивная стратегия не показана при наличии низкого риска по шкале Грейс  $\leq 108$  баллов.

У 60 (72 %) пациентов из исследуемых рассчитана шкала Грейс. В зависимости от высоты шкалы все пациенты разделились на 3 группы: высокий Грейс – 34 %, низкий – 30 %, умеренный – 36 %. КАГ проведена у 47 человек (59 %): при низком показателе Грейса

у 21 чел., при высоком – у 9 чел., при умеренном – у 17 чел.

У 90 % на КАГ выявлены гемодинамически значимые изменения коронарных артерий (КА): в переднемежжелудочковой ветви 51,5 %, в правой КА – у 40 %. Из анамнеза выяснено, что у 20,0 % из них перенесенный ИМ в прошлом, у 34 % стентирование. При исследовании пациентов с низким Грейсом на УЗИ у 19 % увеличено КДО и у 21 % снижена ФВ до 56 %, зоны гипокинеза – у 6 чел. (8,0 %), по ЭКГ зоны ишемии наблюдались у 14 % в  $V_{4-6}$  и там же отрицательный «Т». Признаков недостаточности кровообращения клинически не отмечено ни у кого. Болевой синдром и изменения сосудов отмечались чаще у лиц с кардиальными событиями в анамнезе, с наличием ФР (курение, АГ, СД). Учитывая повторяющийся и плохо купирующийся болевой синдром, а также наличие ФР у 42 % пациентов с низким Грейсом выполнена КАГ, 24 пациентам из них проведено стентирование.

В то же время у больных с высоким Грейсом из 34 % только у 4 % были значимые изменения коронарных артерий, требовавшие стентирования, и у них отмечались признаки ишемии в виде отрицательного «Т» в  $V_{4-6}$  на ЭКГ и уменьшение ФВ до 56 %, хотя клинических признаков недостаточности кровообращения не отмечалось. Замечено, что довольно часто выставлялся диагноз ОКС без подъема ST у больных, имевших в анамнезе кардиальные эпизоды (НС, ИМ), в то же время ряд больных не имело всех параметров, характеризующих ОКС без подъема ST, а на КАГ обнаруживались выраженные изменения КА, требующие немедленного кардинального вмешательства. В ряде случаев при большом количестве ФР (СД, АГ, курение) имеют место выраженные болевые приступы, часто повторяющиеся, плохо купирующиеся при отсутствии гемодинамически значимых изменений КА, что заставляет думать о микроциркулярной дисфункции и требует выполнения сцинтиграфии.

Кроме того, замечено, что низкий Грейс отмечался при отсутствии признаков недостаточности кровообращения. Нельзя не отметить, что при сохраняющемся болевом синдроме и ишемии миокарда, а также при наличии ФР (СД, АГ, курение), невзирая на низкий Грейс, у 42 % пациентов выполнена КАГ. Из них у 24 пациентов проведено стентирование 1–2 КА. Как видно, наиболее часто выставляется диагноз ОКС без подъема сегмента ST у больных, имевших в анамнезе кардиальные эпизоды (ИМ, приступы стенокардии, в то же время ряд больных не имеют всех параметров, характеризующих ОКС без подъема ST, а на КАГ обнаруживаются выраженные изменения КА, требующие стентирования, что не совсем отвечает вопросу патогенеза ОКС без подъема ST.

### Выводы

1. В большом проценте случаев при низких показателях Грейса при КАГ у больных ОКС без подъема ST обнаруживаются гемодинамические значимые сужения коронарных артерий (более 44,0 %).

2. Показатели Грейса низкие нередко при отсутствии признаков недостаточности кровообращения и очевидно при микроциркуляторной дисфункции, а также при поражении правой коронарной артерии.

3. Для решения вопроса о необходимости выполнения КАГ не всегда надо ориентироваться только на величину показателя Грейса, следует принимать во внимание выраженность болевого синдрома, скорость купирования его, давность анамнеза ИБС и ФР (курение, АГ, СД и др.).

4. Низкие показатели шкалы Грейса не всегда являются абсолютным основанием для отказа от выполнения КАГ.

5. При отсутствии гемодинамически значимых сужений КА, повторяющемся болевом синдроме и низких показателях Грейса не всегда стоит говорить об ОКС без подъема сегмента ST, здесь может идти речь о микровазкулярной дисфункции. Для окончательного диагноза в данной ситуации желательно выполнение сцинтиграфии, возможно даже опережая коронарографию.

6. Вопрос диагностики ОКС без подъема ST должен быть доработан на большом количестве пациентов, особенно в случаях с низкими показателями Грейса, а соответственно должна дорабатываться и тактика ведения больных с подозрением на ОКС без подъема сегмента ST.

7. Особенно тщательно должен решаться вопрос показания для КАГ у больных с низкими показателями Грейса.

### Литература

1. Новикова Р. А., Алексейчик С. Е. Острый коронарный синдром: клиника, диагностика, лечение / Учебно-методическое пособие для студентов. – Минск. – 2007. – 58 с.

2. Диагностика и лечение острого коронарного синдрома без стойких подъемов сегмента ST на ЭКГ / Рекомендации РНПЦ «Кардиология». – Минск. 2010. – 64 с.

3. Острый коронарный синдром без стойкого подъема сегмента ST на ЭКГ / Рекомендации рабочей группы Европейского кардиологического общества (ЕКО) / М. – 2001.

4. Сыркин А. Л. Инфаркт миокарда / М.: МИА. – 2003. – 465 с.

Поступила 05.11.2020 г.