Острый коронарный синдром без подъема сегмента ST электрокардиограммы

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые · редакция 2024 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: I20.0, I21.0, I21.1, I21.2, I21.3, I21.4, I21.9, I22.0 · Ассоциация сердечно-сосудистых хирургов России, Общероссийская общественная организация «Российское кардиологическое общество», Российское научное общество специалистов по рентгенэндоваскулярной диагностике и лечению

ОКСбпST — это остро возникшие симптомы или признаки ишемии миокарда без стойкого подъема ST более 20 минут как минимум в двух смежных отведениях и без остро возникшей блокады ЛНПГ. Рекомендация описывает действия при подозрении на ОКС, подтверждение ИМбпST или НС, выбор сроков коронарографии, антитромботическую терапию и вторичную профилактику.

Главное

- ОКСбпST — предварительный диагноз раннего этапа; после оценки тропонина и признаков ишемии его уточняют как ИМбпST, НС либо другое заболевание. ОКС следует заподозрить при боли в покое более 20 минут, впервые возникшей стенокардии не ниже II ФК, прогрессировании до III ФК или стенокардии в первые 2 недели после ИМ.
- Любое подозрение на ОКСбпST требует экстренной госпитализации, оптимально — в сосудистый или многопрофильный стационар с возможностью экстренной диагностики и инвазивного лечения.
- ЭКГ в 12 отведениях регистрируют и интерпретируют в течение 10 минут от первого медицинского контакта. Отсутствие ишемических изменений не исключает ОКС; при сохраняющихся симптомах ЭКГ повторяют, а при возможности используют мониторирование ST и ритма.
- Для выбора тактики учитывают клинику, динамику ЭКГ, тропонина, функцию почек, ФВ ЛЖ и результаты визуализации; для прогноза используют валидизированную шкалу GRACE. GRACE 1.0 более 140 баллов относится к критериям высокого риска.
- У пациентов без противопоказаний лечение в начале включает АСК, ингибитор P2Y12-рецептора и парентеральный антикоагулянт; затем схему переводят на двойную антиагрегантную терапию либо на пероральный антикоагулянт с антиагрегантом при наличии соответствующих показаний.
- Терапию ингибитором ГМГ-КоА-редуктазы в высокой дозе начинают в первые сутки госпитализации независимо от исходного холестерина. Целевой ХС ЛНП после ОКСбпST — менее 1,4 ммоль/л и снижение не менее чем на 50% от исходного уровня.
- После ОКСбпST всем пациентам рекомендуется диспансерное наблюдение; в первые 12 месяцев наблюдение проводит кардиолог не реже двух раз в год, а при осложнениях или титровании терапии — чаще.

Диагностика

1. Оценить боль или ее эквиваленты, время начала и длительность симптомов, иррадиацию, факторы риска ИБС, сопутствующие заболевания и препараты, принятые до обращения. Положительный эффект нитроглицерина сам по себе не исключает ОКСбпST.
2. Провести физикальное обследование: оценить гемодинамику, признаки сердечной недостаточности, шока, механических осложнений, ТЭЛА, острого аортального синдрома и другой патологии, способной имитировать или осложнить ОКС.
3. Зарегистрировать ЭКГ в 12 отведениях в течение 10 минут. Для ОКСбпST характерны преходящий подъем ST менее 20 минут, депрессия ST не менее 0,05 мВ или инверсия T более 0,1 мВ в двух смежных отведениях; при неинформативной ЭКГ используют дополнительные отведения V7–V9 и V3R–V4R.
4. Определить сердечный тропонин I или T с получением результата в течение 60 минут; предпочтительны высокочувствительные количественные методы. При необходимости повторить анализ через 1, 2 или 3 часа по валидированному алгоритму 0/1, 0/2 или 0/3 часа.
5. Подтвердить ИМ при динамике тропонина с превышением 99-го перцентиля при исходно нормальном уровне либо изменением более 20% при исходно стабильно повышенном уровне — в сочетании хотя бы с одним признаком острой ишемии миокарда.

6. При поступлении выполнить общий анализ крови, биохимический анализ с креатинином и расчетом рСКФ, глюкозу, электролиты, коагулограмму и липидный профиль; липидный профиль желательно получить в первые 24 часа.
7. Выполнить трансторакальную ЭхоКГ с оценкой ФВ ЛЖ для уточнения диагноза, выявления локальных нарушений сократимости и осложнений. После совокупной оценки риска решить вопрос о КГ, стресс-тесте или другом методе визуализации.

Лечение

- Выбрать инвазивную стратегию по уровню риска: немедленная КГ с намерением реваскуляризации в первые 2 часа при очень высоком риске; ранняя КГ в первые 24 часа при высоком риске; у пациентов без критериев высокого риска — селективная стратегия или КГ до выписки по данным клиники и дополнительного обследования.
- При одососудистом поражении обычно выполняют ЧКВ симптом-связанного стеноза сразу после КГ. При многососудистом поражении без кардиогенного шока возможна полная реваскуляризация в одно вмешательство; выбор между ЧКВ и КШ принимают коллегиально с учетом анатомии и состояния пациента.
- АСК назначают нагрузочно 150–300 мг разжевать и проглотить, затем с 2-х суток — 75–100 мг 1 раз в сутки неопределенно долго. При отсутствии высокого риска кровотечений к АСК обычно добавляют ингибитор P2Y12 на 12 месяцев.
- Варианты ингибитора P2Y12: тикагрелор 180 мг нагрузочно, затем 90 мг 2 раза в сутки; прасугрел 60 мг нагрузочно, затем 10 мг 1 раз в сутки при коронарном стентировании; клопидогрел 300 мг нагрузочно без ЧКВ или 600 мг при ЧКВ, затем 75 мг 1 раз в сутки.
- При подтвержденном ОКСбпST применяют парентеральный антикоагулянт. При ЧКВ в первые 24 часа используют НФГ внутривенно болюсно 70–100 МЕ/кг; если ранняя КГ не планируется, возможен фондапаринукс 2,5 мг подкожно 1 раз в сутки. После успешного ЧКВ парентеральный антикоагулянт прекращают, если нет показаний к его продолжению.
- Кислород назначают только при SpO2 менее 90% или PaO2 менее 60 мм рт. ст.; через носовые катетеры подают 2–8 л/мин с контролем насыщения. При SpO2 не менее 90% рутинная оксигенотерапия не показана.
- Для купирования боли нитроглицерин применяют по 0,4–0,5 мг под язык или в виде спрея; при сохранении боли повторяют через 5 минут, но не более трех приемов. При недостаточном эффекте морфин разводят в 0,9% растворе натрия хлорида и вводят внутривенно медленно по 2–4 мг каждые 5–15 минут до купирования боли или появления побочных эффектов.
- В первые сутки госпитализации начинают терапию статином в высокой дозе: аторвастатин 40–80 мг/сут или розувастатин 20–40 мг/сут. Если ХС ЛНП остается выше цели, добавляют эзетимиб, а при сохранении уровня выше цели на фоне максимально переносимой терапии — алирокумаб, эволокумаб или инклисиран.

Когда направить и как наблюдать

- Экстренно госпитализировать любого пациента с подозрением на ОКСбпST; догоспитально для маршрутизации достаточно ЭКГ, а определение маркеров повреждения миокарда до стационара нецелесообразно.
- При очень высоком риске — шоке или гемодинамической нестабильности, рефрактерной боли, жизнеугрожающих аритмиях или остановке кровообращения, ОСН с сохраняющейся ишемией, механических осложнениях или повторной ишемической динамике — немедленно направить в инвазивный центр для КГ и реваскуляризации.
- Пациентов высокого риска, включая ИМбпST, преходящий подъем ST, динамические изменения ST/T или GRACE более 140 баллов, направлять в стационар с возможностью ЧКВ; КГ выполнить в первые 24 часа, а если это не удалось — в текущую госпитализацию.
- До подтверждения или исключения ОКС и выбора стратегии вести пациента под интенсивным наблюдением с мониторированием ЭКГ. При неосложненном ИМбпST мониторирование продолжают до 24 часов или до успешного ЧКВ, при повышенном риске аритмий — до клинической стабилизации.
- Выписка возможна после клинической стабилизации, завершения стратификации риска, выполнения показанной КГ или стресс-теста и реализации выбранной тактики. Ранняя выписка через 48–96 часов после ЧКВ допустима у отдельных пациентов без ранних осложнений при организованных реабилитации и наблюдении.

Частые вопросы

Какие симптомы наиболее подозрительны на ОКСбпST?

Длительная боль или дискомфорт за грудиной в покое более 20 минут, впервые возникшая стенокардия не ниже II ФК, прогрессирование стабильной стенокардии до III ФК или появление стенокардии в первые 2 недели после ИМ. Эквивалентами могут быть одышка, тошнота, боль в эпигастрии, слабость, головокружение или обморок.

Исключает ли ОКС нормальная ЭКГ?

Нет. Отсутствие ишемических изменений на ЭКГ не исключает ОКСбпST. При продолжающихся или повторных симптомах ЭКГ регистрируют повторно, при необходимости добавляют отведения V7–V9 и V3R–V4R и используют мониторирование.

Как подтверждают или исключают ИМбпST?

Определяют динамику сердечного тропонина I или T, предпочтительно высокочувствительным методом, с повторным анализом через 1, 2 или 3 часа по валидированному алгоритму. Для диагноза ИМ нужна динамика тропонина с превышением 99-го перцентиля или изменением более 20% при исходно стабильно повышенном уровне в сочетании с признаком острой ишемии.

Когда нужна срочная КГ при ОКСбпST?

В первые 2 часа — при очень высоком риске: шоке, нестабильной гемодинамике, рефрактерной боли, жизнеугрожающих аритмиях, ОСН с сохраняющейся ишемией, механических осложнениях или повторной ишемической динамике. В первые 24 часа КГ показана пациентам высокого риска, в том числе при ИМбпST, динамике ST/T или GRACE более 140 баллов.

Нужно ли назначать кислород всем пациентам с ОКСбпST?

Нет. Оксигенотерапия показана при SpO2 менее 90% или PaO2 менее 60 мм рт. ст.; рекомендуемая подача через носовые катетеры — 2–8 л/мин. При SpO2 не менее 90% рутинный кислород не рекомендуется.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/154-ostryj-koronarnyj-sindrom-bez-podema-segmenta-st-elektrokardiogrammy. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/154_4