

Руководство по диагностике и лечению острого коронарного синдрома без подъемов сегмента ST Европейского Кардиологического Общества (Июнь 2007) [1] .

Основные положения об оценке риска.

- Диагноз и стратификация по кратковременному риску при ОКСБПСТ должны быть основаны на комбинации данных анамнеза ("клинической истории"), симптоматики, ЭКГ, биомаркеров, и количественной оценки риска в баллах с применением шкал (I-B).
- Оценка индивидуального риска является динамическим процессом, и ее следует обновлять (производить вновь) по мере изменения клинической ситуации.
 - ЭКГ в 12 отведениях должна быть получена в пределах 10 минут после первого контакта с медицинским работником и немедленно прочитана (расшифрована) опытным врачом (I-C). Должны быть записаны и дополнительные отведения (V3R, V4R, V7-V9). ЭКГ нужно повторить в случае возобновления симптомов, через 6 часов, и за 24 часа перед выпиской из больницы (I-C).
 - Необходимо быстро взять кровь для измерения тропонина TnT или TnI. Результат должен быть получен в пределах 60 мин. В случае, если исходный тест дал отрицательный результат, взятие крови и анализ следует повторить через 6-12 час (I-A).
 - Шкалы риска (такие как шкала GRACE) должны использоваться как для исходной, так и последующих оценок риска (I-B).
 - Эхокардиография рекомендуется для при проведении дифференциальной диагностики с целью, как исключения, так и подтверждения причин развившегося состояния.
 - У больных без повторения боли, с нормальными данными ЭКГ, и отрицательным тестом на тропонин, перед выпиской рекомендуется провести неинвазивный стресс-тест для выявления провоцируемой ишемии (I-A).
 - При стратификации риска должны быть учтены следующие предикторы смерти или инфаркта миокарда в отдаленном периоде (I-B).
 - Клинические индикаторы: возраст, частота сердечных сокращений,

артериальное давление, класс по Killip, диабет, предшествующий перенесенный ранее инфаркт миокарда.

- Электрокардиографические маркеры: депрессия сегмента ST.
- Лабораторные маркеры: тропонины, скорость клубочковой фильтрации/клиренс креатинина/цистатин С, мозговой натриуретический пептид (МНП)/N-концевой проМНП, С реактивный белок, измеренный методом высокой чувствительности.
- Результаты применения методов, позволяющих получить изображение сердца и сосудов: низкая фракция выброса, поражение основного ствола левой венечной артерии; трехсосудистое заболевание.
- Результат оценки риска по шкалам в баллах.

На основании прямых сопоставлений **шкала риска GRACE** рекомендуется как предпочтительная система классификации для применения при поступлении и при выписке в повседневной рутинной клинической практике.

В шкале GRACE учитываются возраст, систолическое артериальное давление, уровень креатинина в сыворотке крови, класс по Киллипу при поступлении, наличие депрессий ST, повышение сердечных биомаркеров, эпизод остановки сердца. Существует и доступна компьютерная программа, позволяющая быстро подсчитать по этой шкале риск смерти, или смерти или инфаркта миокарда, как во время госпитализации, так и на ближайшие 6 месяцев.

Шкала риска оценки TIMI менее точна в предсказании событий, но простота сделала ее полезной и широко признанной.

Литература.

1. The Task Force for the Diagnosis and Treatment of Non-ST-Segment Elevation Acute Coronary Syndromes of the European Society of Cardiology. Guidelines for the diagnosis and treatment of non-ST-segment elevation acute coronary syndromes. Eur Heart J 2007; Advance Access published June 14, 2007. www.escardio.org. Accessed 14 June, 2007.