**нфаркт міокарда без обструктивного атеросклеротичного ураження коронарних артерій (MINOCA) — науковий інтерес чи практична необхідність?**

*L. O. Tkachenko, O. A. Epantschintsevа, M. V. Stan, S. M. Sagura*

АНОТАЦІЯ

Останніми роками велику увагу приділяють питанням діагностики і лікування інфаркту міокарда (ІМ) без обструктивного атеросклерозу коронарних артерій (MINOCA). За статистичними даними, поширеність MINOCA становить 6 — 8 % від усіх випадків ІМ. Діагностичні критерії MINOCA: наявність критеріїв ІМ, відсутність обструктивного враження коронарних артерій за даними коронароангіографії (зокрема ангіографічний стеноз < 50 %) та іншої причини розвитку пошкодження міокарда. Згідно з консенсусом American Heart Association (2019), діагностику MINOCA проводять у три етапи. На першому етапі слід повторно проаналізувати клінічну ситуацію для заперечення альтернативних діагнозів, на другому — оцінити функціональний резерв кровотоку, заперечити неішемічні механізми пошкодження міокарда за допомогою інструментальних методів дослідження. Третій етап передбачає верифікацію етіологічних чинників ІМ у спеціалізованій клініці.  
Наведено клінічний випадок ІМ у пацієнта віком 26 років. Діагноз підтверджували підвищений рівень тропоніну, зміни на електрокардіограмі, дані ехокардіографічного дослідження та магнітно‑резонансної томографії. За даними коронароангіографії, виконаної через 12 год від початку захворювання, гемодинамічно значущих звужень коронарних артерій не відзначено. Лабораторний аналіз виявив суттєве збільшення рівня гомоцистеїну — 69 мкмоль/л (норма – < 12,0 мкмоль/л). З урахуванням обтяженої спадковості, виникнення ІМ в молодому віці, відсутності провокуючих чинників (медичні препарати, стрес, надмірне фізичне навантаження, травма тощо) і захворювань (цукровий діабет, системне захворювання сполучної тканини), підвищеного рівня гомоцистеїну роль тромбозу найвірогідніша. Рекомендовано консультацію гематолога з метою виявлення спадкової тромбофілії як причини тромбозу (під час прийому антиагрегантної/антикоагулянтної терапії виконання аналізів та їх інтерпретація некоректні), а також прийом інгібітора ангіотензинперетворювального ферменту, клопідогреля в дозі 75 мг/добу, рівароксабану в дозі 2,5 мг двічі на добу, β‑адреноблокатора, статинів. З огляду на високий рівень гомоцистеїну рекомендовано дієту з вживанням продуктів, багатих на фолієву кислоту.

КЛЮЧОВІ СЛОВА

інфаркт міокарда; атеросклероз коронарних артерій; тромбоз; спазм; діагностика; лікування

ПОВНИЙ ТЕКСТ:

[PDF](http://heartandvessels.com.ua/article/view/HV2019-3-60/183840)

ПОСИЛАННЯ

Agewall S, Beltrame JF, Reynolds HR et al. ESC working group position paper on myocardial infarction with non-obstructive coronary arteries. Eur Heart J. 2017;Vol. 38 (3):143-153.

Arora S, Strassle PD, Qamar A et al. Impact of type 2 myocardial infarction on hospital-level mi outcomes: implications for quality and public reporting. J Am Heart Assos. 2018;Vol. 7. e008661.doi:10.1161/JAHA.118.008661.

Chapman AR, Shah AS.V., Lee KK et al. Long term outcomes in patients with type 2 myocardial infarction and myocardial injury. Circulation. 2018;Vol. 137:1236-1245.doi:10.11136/heartjnl-2016-309890.113.

Eleid MF, Tweet MS, Young PM et al. Spontaneus coronary artery dissection: challenges of coronary computed tomography angiography. Eur Heart J Acute Cardiovasc Care. 2017;Vol. 7 (7):609-613.doi:10.1177/2048872616687098.

Gupta S, Vaidya SR, Arora S et al. Type 2 versus type 1 myocardial infarction: a comparison of clinical characteristics and outcomes with a meta-analysis of observational studies. Cardiovasc Diagn Ther. 2017;Vol. 7:348-358.

Jolly SS, James S, Dzavik V et al. Thrombus aspiration in ST-segment-elevation myocardial infarction: an individual patient meta-analysis. Circulation. 2017;Vol. 135 (2):143-152.

Lindahl B, Baron T, Erlinge D et al. Medical therapy for secondary prevention and longterm outcome in patients with myocardial infarction with nonobstructive coronary artery disease. Circulation. 2017;Vol. 135:1481-1489.doi:10.1161/CIRCULATIONAHA.116.026336.

Raphael CE, Heit JA, Reeder GS et al. Coronary embolus an underappreciated cause of acute coronary syndromes. JACC Cardiovasc Interv. 2018;Vol. 11 (2):172-180.

Scalone G, Niccoli G, Crea F. Pathophysiology, diagnosis and management of MINOCA: an update. Eur Heart J Acute Cardiovasc Care. 2019;Vol. 8 (1):54-62.doi:10.1177/2048872618782414.

Tamis-Holland JE, Jneid H, Reynolds HR et al. Contemporary diagnosis and management of patients with myocardial infarction in the absence of obstructive coronary artery disease. A scientific statement from the American Heart Association. Circulation. 2019;139:00-00 doi:10.1161/CIR.0000000000000670.

Thygesen K, Alpert JS, White HD.; Joint ESC/ACC/AHA/WHF Task Force for the Redefinition of Myocardial Infarction. Universl definition of myocardial infarction. Eur Heart J. 2007;Vol. 28:2525-2538.

Thygesen K, Alpert JS, Jaffe AS et al. ESC Scientific Document Group; Fourth universal definition of myocardial infarction. Eur Heart J. 2018;Vol. 40, Iss. 3:237-269 URL: https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehy462.

© Серце і судини, 2020  
© ТОВ «ВІТ-А-ПОЛ», 2020