



Клинический случай

# Современные аспекты диагностики и лечения миокардита в амбулаторных условиях

А.В. Крючкова<sup>1</sup>, Н.М. Семынина<sup>✉1</sup>, Е.Ю. Малыш<sup>2</sup>, И.А. Полетаева<sup>1</sup>, Ю.В. Кондусова<sup>1</sup>,  
О.А. Панина<sup>1</sup>, И.Д. Сергеев<sup>1</sup>

<sup>1</sup> ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко» Минздрава России, Воронеж, Россия;

<sup>2</sup> ООО «Центр культуры здоровья», Воронеж, Россия

<sup>✉</sup>natala-sem@mail.ru

## Аннотация

В современной клинической практике, по данным ряда исследований, наблюдается гиподиагностика миокардитов, что может быть обусловлено стертой, малосимптомной клинической картиной дебюта данного заболевания, а также неспецифическим характером жалоб (одышка, перебои в работе сердца, боли в грудной клетке). Вследствие этого распространенность миокардитов во всем мире может быть серьезно недооценена.

**Цель.** Выявить сложности диагностики и лечения миокардита, с которыми сталкивается врач на амбулаторном приеме, а также проанализировать значимость коллегиального ведения врачами смежных специальностей коморбидных больных.

**Материалы.** Проведена аналитическая оценка медицинской карты амбулаторной пациентки, находившейся в течение длительного времени на лечении в ООО «Центр культуры здоровья» (Воронеж, Россия). Изучены протоколы осмотров врачей-специалистов, включающие описание жалоб, анамнеза, физикального осмотра пациентки, назначенное лечение, а также данные лабораторных и инструментальных методов исследования больной в динамике за 10 мес наблюдения.

**Результаты.** В описанном клиническом случае у пациентки наблюдается полиморбидная патология, требующая слаженной работы целой команды врачей-специалистов: клиницистов и врачей клинической лабораторной и функциональной диагностики. Проведенный анализ продемонстрировал важность своевременного и полного обследования коморбидной пациентки, проведенного в соответствии с современными стандартами, клиническими рекомендациями при сотрудничестве врачей смежных клинических специальностей, что позволило достичь хороших результатов в лечении.

**Заключение.** При наличии полиморбидности и фоновой полипрагмазии у современных пациентов, а также атипичных вариантов течения заболеваний особое значение принимает индивидуальный подход, соблюдение стандартов лечения, следование клиническим рекомендациям, коллегиальность, создание врачебных комиссий и консилиумов в ведении пациентов в подобных клинических случаях.

**Ключевые слова:** легочная эмболия, подострый миокардит, перикардит, экссудативный плеврит.

**Для цитирования:** Крючкова А.В., Семынина Н.М., Малыш Е.Ю., Полетаева И.А., Кондусова Ю.В., Панина О.А., Сергеев И.Д. Современные аспекты диагностики и лечения миокардита в амбулаторных условиях. *Клинический разбор в общей медицине.* 2026; 7 (3): 92–94. DOI: 10.47407/kr2026.7.3.00802

Clinical Case

## Modern aspects of diagnosis and treatment of myocarditis in outpatient conditions

Anna V. Kryuchkova<sup>1</sup>, Natalia M. Semynina<sup>✉1</sup>, Elena Yu. Malysh<sup>2</sup>, Irina A. Poletaeva<sup>1</sup>,  
Yuliya V. Kondusova<sup>1</sup>, Olga A. Panina<sup>1</sup>, Ilya D. Sergeev<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Burdenko Voronezh State Medical University, Voronezh, Russia;

<sup>2</sup> Limited Liability Company “Center for Health Culture”, Voronezh, Russia

<sup>✉</sup>natala-sem@mail.ru

## Abstract

According to a number of studies, myocarditis is often underdiagnosed in modern clinical practice, which may be due to the erased, low-symptom clinical picture of the onset of this disease, as well as the nonspecific nature of complaints (shortness of breath, interruptions in the heart's work, chest pain). As a result, the prevalence of myocarditis worldwide may be seriously underestimated.

**Purpose.** To identify the difficulties of diagnosing and treating myocarditis in a patient that a doctor encounters during an outpatient appointment, as well as to analyze the importance of collegial management of comorbid patients by doctors of related specialties.

**Materials.** An analytical assessment was carried out of the medical record of an outpatient who had been treated for a long time at the Limited Liability Company “Center for Health Culture” (Voronezh, Russia). The examination protocols of medical specialists were studied, including a description of complaints, anamnesis, physical examination of the patient, prescribed treatment, as well as data from laboratory and instrumental methods of examining the patient in dynamics over ten months of observation.

**Results.** In the clinical case described above, the patient has a polymorbid pathology that requires the coordinated work of a whole team of medical specialists: clinicians and doctors of clinical laboratory and functional diagnostics. The analysis demonstrated the importance of a timely and complete examination of a comorbid patient, carried out in accordance with modern standards, clinical recommendations in cooperation with doctors of related clinical specialties, which made it possible to achieve good results in treatment.

**Conclusion.** In the presence of polymorbidity, background polypharmacy in modern patients, as well as atypical variants of the course of diseases, an individual approach, compliance with treatment standards, adherence to clinical recommendations, collegiality, the creation of medical commissions and consultations in the management of patients in such clinical cases are of particular importance.

**Keywords:** pulmonary embolism, subacute myocarditis, pericarditis, pleural effusion.

**For citation:** Kryuchkova A.V., Semynina N.M., Malysh E.Yu., Poletaeva I.A., Kondusova Yu.V., Panina O.A., Sergeev I.D. Modern aspects of diagnosis and treatment of myocarditis in outpatient conditions. *Clinical review for general practice.* 2026; 7 (3): 92–94 (In Russ.). DOI: 10.47407/kr2026.7.3.00802

## Введение

В повседневной практике врача нередко встречаются заболевания, лечение которых требует коллегиального подхода. Ниже приведен клинический случай, наглядно подтверждающий актуальность данной темы. Часто, по данным ряда исследований, в современной клинической практике наблюдается гиподиагностика миокардитов, что может быть обусловлено малосимптомной клинической картиной дебюта данного заболевания, а также неспецифическим характером жалоб (одышка, перебои в работе сердца, боли в грудной клетке) [1]. Вследствие этого распространенность миокардитов во всем мире может быть серьезно недооценена [2].

Целью данного анализа является выявление трудностей, с которыми сталкивается врач на амбулаторном приеме при ведении пациента с сочетанной патологией.

## Материалы и методы

Была проведена аналитическая оценка медицинской карты амбулаторной пациентки, находившейся в течение длительного времени на лечении в ООО «Центр культуры здоровья» (ООО «ЦКЗ»), Воронеж, Россия. Изучены протоколы осмотров врачей-специалистов, включающие описание жалоб, анамнеза, физического осмотра пациентки, назначенное лечение, а также данные лабораторных и инструментальных методов исследования больной в динамике.

## Результаты

Пациентка В., 44 лет, 01.06.2024 обратилась к пульмонологу с жалобами на общую слабость, утомляемость, давящие боли в левой половине грудной клетки, одышку при незначительной физической нагрузке (подъем по лестнице выше первого этажа), редкий сухой кашель в утренние часы, сердцебиение, перебои в работе сердца.

**Анамнез заболевания.** Считает себя больной с 19.05.2024, когда появилась выраженная одышка при незначительной физической нагрузке, сухой кашель, боли в нижней отделе грудной клетки слева, усиливающиеся при дыхании, кашле, движении. По скорой помощи была госпитализирована в пульмонологическое отделение городской больницы, где пациентке была выполнена компьютерная томография (КТ) органов грудной клетки с внутривенным контрастированием, на которой были выявлены признаки немассивной тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА), левостороннего гидроторакса, гепатомегалии, гидроперикарда. Проводилось лечение: гепарин, цефтриаксон. Выписана 30.05.2024 с клиническим улучшением (уменьшилась одышка). Диагноз при выписке: ТЭЛА, гемодинамически незначимая (май 2024 г.); левосторонний экссудативный плеврит; перикардит. Для дальнейшего лечения и динамического наблюдения 01.06.2024 обратилась к пульмонологу в ООО «ЦКЗ».

**Данные объективного осмотра.** Общее состояние удовлетворительное. Кожа бледно-розовая, отеков нет. Частота дыхательных движений – 18/мин, сатурация кислорода в крови – 96%. Перкуторный звук ясный легочный, слева ниже угла лопатки укорочение перкуторного звука. Дыхание везикулярное ослабленное слева ниже угла лопатки, хрипов нет. Тоны сердца ритмич-

ные, приглушены. Левая граница относительной сердечной тупости расширена – определяется в V межреберье по левой срединно-ключичной линии. Артериальное давление – 124/82 мм рт. ст. Пульс – 110 уд/мин, ритмичный, удовлетворительных качеств. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Нижний край печени пальпируется на 2 см ниже правой реберной дуги, мягкий, безболезненный. Рост – 167 см. Масса тела – 83 кг, индекс массы тела – 29,76 кг/м<sup>2</sup>.

**Данные лабораторных исследований.** В общем клиническом анализе крови был выявлен лейкоцитоз (лейкоциты –  $10,9 \times 10^9$  в литре), увеличение СОЭ до 57 мм/ч, тромбоцитоз (тромбоциты –  $485 \times 10^9$  в литре), остальные показатели без патологии.

При биохимическом исследовании крови отмечалось повышение уровня маркеров некроза миокарда: тропонина I – до 19 нг/л, миоглобина – до 58 нг/мл, а также увеличение содержания Д-димера – до 1150 нг/мл, С-реактивного белка – до 23 мг/л. Уровень мозгового натрийуретического пропептида (N-terminal prohomone of brain natriuretic peptide – NT-proBNP), повышенное содержание которого свидетельствует о сердечной недостаточности, у данной пациентки превысил нормальные значения и составил 362 пг/мл. С целью исключения антифосфолипидного синдрома и наследственных тромбофилических состояний были проведены анализы крови на антитела к кардиолипину, бета-2-гликопротеину, антитромбину III, протеину S, C и лейдоновскую мутацию, патологических изменений результаты данных исследований не выявили.

**Данные инструментальных обследований.** При проведении электрокардиографии (ЭКГ) была зарегистрирована тахикардия с частотой сердечных сокращений (ЧСС) – 111 уд/мин, а также неспецифические нарушения реполяризации нижней стенки миокарда (сглажены зубцы T в отведениях II, III, и AVF).

При суточном мониторинге ЭКГ по Холтеру были обнаружены следующие отклонения: синусовая тахикардия со среднесуточной ЧСС 115 уд/мин, эктопическая активность представлена 35 одиночными поли-топными предсердными экстрасистолами, 654 одиночными полиморфными желудочковыми экстрасистолами преимущественно в дневное время.

ЭКГ выявила признаки перикардита с незначительным количеством выпота, умеренного снижения систолической функции левого и правого желудочка (фракция выброса по Тейхольцу 54%); признаки умеренной легочной гипертензии, среднее давление в легочной артерии 33 мм рт. ст.

Ультразвуковое дуплексное сканирование не выявило наличия тромботических масс и посттромботических изменений в венах нижних конечностей.

Дообследование у кардиолога, диагноз: ТЭЛА, гемодинамически незначимая (май 2024 г.); левосторонний плеврит; подострый миоперикардит; хроническая сердечная недостаточность с сохраненной фракцией выброса 1-й стадии, 2-й функциональный класс (ХСНсФВ 1 стадия 2 ФК).

**Лечение:** ограничение физической активности, ингибитор ангиотензинпревращающего фермента – периндоприл по 2,5 мг один раз в день утром, диуретик спиронолактон 50 мг днем, β-адреноблокатор бисопролол

по 5 мг утром, преднизолон – по 5 мг по 3 таблетки (15 мг) один раз в день утром в течение 14 дней, затем снижать дозу на половину таблетки один раз в две недели до полной отмены препарата, антикоагулянт апиксабан по 5 мг 2 раза в день до 6 мес.

Спустя 6 мес лечения больная отметила улучшение самочувствия: общая слабость не беспокоила, сохранялся дыхательный дискомфорт при быстрых движениях. Положительную динамику демонстрировали также данные дополнительных методов исследования, выполненных спустя 6 мес от начала лечения.

В общем анализе крови не обнаружено отклонений от нормальных значений. При биохимическом исследовании крови уровень маркеров некроза миокарда нормализовался, содержание в крови NT-проBNP оставалось повышенным и составило 287 пг/мл.

Суточное мониторирование ЭКГ по Холтеру не выявило патологических изменений. ЭКГ: жидкость в полости перикарда не лоцирована, систолическая функция левого и правого желудочка не нарушена (фракция выброса по Тейхольцу 61%), среднее давление в легочной артерии 25 мм рт. ст.

Очередная КТ органов грудной полости с внутривенным контрастированием не выявила ни дефектов контрастирования ветвей легочной артерии, ни патологической жидкости в плевральной полости и полости перикарда. Размеры печени уменьшились до нормальных.

Диагноз: перенесенная ТЭЛА, гемодинамически незначимая (от мая 2024 г.); кардиосклероз постмиокардитический; ХСНсФВ 1 стадия 1 ФК.

Лечение: кардиоаэробные нагрузки не менее двух раз в неделю – ходьба; продолжить прием периндоприла по 2,5 мг утром, спиронолактона 25 мг днем, бисопролола 2,5 мг утром, отмена приема антикоагулянта апиксабана.

## Обсуждение

Проведенный анализ показал важность своевременного и полного обследования коморбидной пациентки, проведенного в соответствии с современными стандартами, клиническими рекомендациями при сотрудничестве врачей смежных клинических специальностей, что позволило достичь хороших результатов в лечении. В описанном выше клиническом случае наблюдается полиморбидная патология, требующая слаженной работы целой команды врачей-специалистов: клиницистов и врачей клинической лабораторной и функциональной диагностики.

## Выводы

При наличии полиморбидности, полипрагмазии у современных пациентов, а также атипичных вариантов течения заболеваний особое значение принимает индивидуальный подход, коллегиальность, создание врачебных комиссий и консилиумов в ведении пациентов в подобных клинических случаях.

**Конфликт интересов.** Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.  
**Conflict of interests.** The authors declare that there is not conflict of interests.

**Вклад авторов:** концепция статьи – А.В. Крючкова, Н.М. Семьнина; разработка дизайна исследования – Н.М. Семьнина; написание текста – Н.М. Семьнина; сбор и обработка материала – О.А. Панина, И.Д. Сергеев; анализ материала – Е.Ю. Малыш; редактирование – И.А. Поletaева, Ю.В. Кондусова; утверждение окончательного варианта статьи – А.В. Крючкова, Н.М. Семьнина.

**Author contribution:** paper concept – A.V. Kryuchkova, N.M. Semynina; research design – N.M. Semynina; manuscript writing – N.M. Semynina; data acquisition and processing – O.A. Panina, I.D. Sergeev; data analysis – E.Yu. Malyshev; editing – I.A. Poletaeva, Yu.V. Kondusova; approval of the final version of the paper – A.V. Kryuchkova, N.M. Semynina.

Список литературы доступен на сайте журнала <https://klin-razbor.ru/>  
The list of references is available on the journal's website <https://klin-razbor.ru/>

## ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ

**Крючкова Анна Васильевна** – канд. мед. наук, доц., зав. каф. организации сестринского дела, ФГБОУ ВО «ВГМУ им. Н.Н. Бурденко». E-mail: ann1059@yandex.ru; ORCID: 0000-0002-4163-4793; SPIN-код: 4926-4270

**Семьнина Наталья Михайловна** – канд. мед. наук, доц. каф. организации сестринского дела, ФГБОУ ВО «ВГМУ им. Н.Н. Бурденко». E-mail: natala-sem@mail.ru; ORCID: 0000-0002-1516-8485, SPIN-код: 9341-0210

**Малыш Елена Юрьевна** – канд. мед. наук, врач-кардиолог высшей квалификационной категории, зам. глав. врача по клинико-экспертной работе, ООО «Центр культуры здоровья». E-mail: e.malysh@olimp5.ru; ORCID: 0009-0008-9071-8089; SPIN-код: 1243-1180

**Поletaева Ирина Алексеевна** – канд. мед. наук, доц. каф. организации сестринского дела, ФГБОУ ВО «ВГМУ им. Н.Н. Бурденко». E-mail: poletaewa80@mail.ru; ORCID: 0000-0001-5471-4592; SPIN-код: 6336-5177

**Кондусова Юлия Викторовна** – канд. мед. наук, доц. каф. организации сестринского дела, ФГБОУ ВО «ВГМУ им. Н.Н. Бурденко». E-mail: kondusova\_yuliya@mail.ru; ORCID: 0000-0002-8301-279X; SPIN-код: 6104-4919

**Панина Ольга Алексеевна** – канд. мед. наук, ассистент каф. организации сестринского дела, ФГБОУ ВО «ВГМУ им. Н.Н. Бурденко». E-mail: media01@list.ru; ORCID: 0000-0002-7351-3638; SPIN-код: 5865-1257

**Сергеев Илья Денисович** – студент 4-го курса, ФГБОУ ВО «ВГМУ им. Н.Н. Бурденко». E-mail: Scalex2010@mail.ru; ORCID: 0009-0005-4283-6548

Поступила в редакцию: 09.12.2025

Поступила после рецензирования: 15.12.2025

Принята к публикации: 25.12.2025

## INFORMATION ABOUT THE AUTHORS

**Anna V. Kryuchkova** – Cand. Sci. (Med.), Assoc. Prof., Burdenko Voronezh State Medical University. E-mail: ann1059@yandex.ru; ORCID: 0000-0002-4163-4793, SPIN: 4926-4270.

**Natalia M. Semynina** – Cand. Sci. (Med.), Burdenko Voronezh State Medical University. E-mail: natala-sem@mail.ru; ORCID: 0000-0002-1516-8485, SPIN: 9341-0210

**Elena Yu. Malyshev** – Cand. Sci. (Med.), Cardiologist, Deputy Chief Physician, Center for Health Culture. E-mail: e.malysh@olimp5.ru; ORCID: 0009-0008-9071-8089; SPIN: 1243-1180

**Irina A. Poletaeva** – Cand. Sci. (Med.), Burdenko Voronezh State Medical University. E-mail: poletaewa80@mail.ru; ORCID: 0000-0001-5471-4592; SPIN: 6336-5177

**Yuliya V. Kondusova** – Cand. Sci. (Med.), Burdenko Voronezh State Medical University. E-mail: kondusova\_yuliya@mail.ru; ORCID: 0000-0002-8301-279X; SPIN: 6104-4919

**Olga A. Panina** – Cand. Sci. (Med.), Assistant, Burdenko Voronezh State Medical University. E-mail: media01@list.ru; ORCID: 0000-0002-7351-3638; SPIN-код: 5865-1257

**Ilya D. Sergeev** – Student, Burdenko Voronezh State Medical University. E-mail: Scalex2010@mail.ru; ORCID: 0009-0005-4283-6548

Received: 09.12.2025

Revised: 15.12.2025

Accepted: 25.12.2025