



Гастроинтестинальная маска острой сердечно-сосудистой катастрофы: проблема гипердиагностики острой кишечной инфекции в терапевтической практике

А.П. Иванова, А.В. Лазаренко✉

ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет» Минздрава России, Курск, Россия
✉lazarenko.alexander2017@yandex.ru

Аннотация

В статье представлен случай атипичного течения острого трансмурального инфаркта миокарда под маской гастроинтестинального синдрома, вызванного острой кишечной инфекцией. Рассматриваются допущенные на этапе диагностики ошибки и предлагаются меры по их предотвращению.

Ключевые слова: атипичные формы инфаркта миокарда, диарея, диагностические ошибки, пожилые пациенты, острые кишечные инфекции.

Для цитирования: Иванова А.П., Лазаренко А.В. Гастроинтестинальная маска острой сердечно-сосудистой катастрофы: проблема гипердиагностики острой кишечной инфекции в терапевтической практике. *Клинический разбор в общей медицине*. 2026; 7 (1): 12–14. DOI: 10.47407/kr2026.7.1.00744

Gastrointestinal mask of acute cardiovascular catastrophe: the problem of overdiagnosis of acute intestinal infection in therapeutic practice

Antonina P. Ivanova, Alexander V. Lazarenko✉

Kursk State Medical University, Kursk, Russia
✉lazarenko.alexander2017@yandex.ru

Abstract

The article presents a case of atypical course of acute transmural myocardial infarction under the guise of gastrointestinal syndrome of acute intestinal infection. The errors made at the diagnostic stage are considered and measures are proposed to prevent them.

Keywords: atypical forms of myocardial infarction, diarrhea, diagnostic errors, elderly patients, acute intestinal infections.

For citation: Ivanova A.P., Lazarenko A.V. Gastrointestinal mask of acute cardiovascular catastrophe: the problem of overdiagnosis of acute intestinal infection in therapeutic practice. *Clinical review for general practice*. 2026; 7 (1): 12–14 (In Russ.). DOI: 10.47407/kr2026.7.1.00744

Введение

В структуре диагностических ошибок при ведении пациентов пожилого возраста с полиморбидным фоном особое место занимают случаи атипичного стерттого течения жизнеугрожающих сердечно-сосудистых событий. Кардиоваскулярная патология, в частности инфаркт миокарда (ИМ), продолжает оставаться ведущей причиной смертности во всем мире, в том числе и в Российской Федерации. Типичная клиническая картина ангинозной боли за грудиной хорошо известна практикующим врачам, однако существуют и нетипичные варианты манифестации ИМ, создающие серьезные диагностические трудности. Одной из таких коварных и потенциально фатальных форм является абдоминальный вариант ИМ, который при наличии соответствующей симптоматики приводит к гипердиагностике острой кишечной инфекции [1]. Соответственно, подобный сценарий приводит к задержке необходимого обследования и применения жизненно важных лечебных мероприятий.

Основой для формирования атипичной клинической картины может послужить комплекс факторов, среди которых ключевую роль играют диабетическая нейро-

патия, изменяющая восприятие боли, и снижение функциональных резервов организма. В условиях коморбидности, включающей сахарный диабет 2-го типа (СД 2) и фибрилляцию предсердий (ФП), даже обширное поражение миокарда может не манифестировать ангинозными болями, а проявляться неспецифическим диспепсическим синдромом.

Также возможной причиной гипердиагностики в таком случае может стать «симптомоориентированность» врача, при которой ведущий клинический признак определяет дальнейшую стратегию обследования. Ключевой проблемой, возможно, является не столько отсутствие знаний о нетипичных формах заболеваний, сколько недооценка совокупности анамнестических данных, возраста пациента.

Ярким примером атипичного течения ИМ под маской острой кишечной инфекции служит следующий клинический случай.

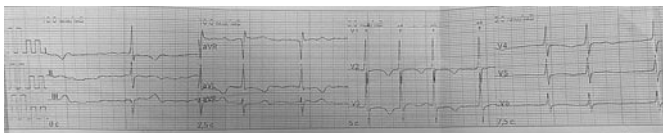
Клинический случай

Пациентка Л., 77 лет, 15.07.2025 доставлена бригадой скорой медицинской помощи (СМП) в тяжелом состоя-

нии в отделение анестезиологии-реанимации ОБУЗ «Областная клиническая инфекционная больница им. Н.А. Семашко» с клинической картиной острой кишечной инфекции тяжелой формы, гиповолемическим шоком, СД 2 в фазе декомпенсации. Пациентка жаловалась на обильный жидкий водянистый стул более 20 раз, выраженную слабость.

Из анамнеза заболевания выяснено, что заболела остро в час ночи 15.07.2025: появились вышеперечисленные жалобы, вызвали бригаду СМП с отказом от госпитализации. 15.07.2025 была осмотрена участковым врачом-терапевтом, назначено лечение: энтерол, лоперамид. Состояние ухудшилось: отказывалась от еды и питья, перестала разговаривать с родственниками. Повторно вызвали бригаду СМП, пациентка была доставлена в ОКИБ им. Н.А. Семашко. Витальные показатели до поступления в стационар: артериальное давление (АД) – 60/40 мм рт. ст., частота сердечных сокращений (ЧСС) – 77 уд/мин, температура тела – 36,6°C, частота дыхательных движений (ЧДД) – 20 в минуту, гликемия – 21,6 ммоль/л; по данным электрокардиографии (ЭКГ) – постоянная форма ФП, нормосистолический вариант (см. рисунок). На догоспитальном этапе проводилась инфузионная терапия 0,9% раствором натрия хлорида объемом 1000 мл, раствором Рингера объемом 500 мл внутривенно капельно. Удалось повысить АД до 90/80 мм рт. ст.

Электрокардиограмма, зарегистрированная бригадой СМП.
ECG registered by the emergency team.



Из анамнеза жизни: страдает длительно гипертонической болезнью, дисциркуляторная энцефалопатия 2-й степени вследствие перенесенного в 2013 г. острого нарушения мозгового кровообращения, болеет СД 2 с 2020 г., было две декомпенсации – кетоацидоз. Диабетическая полинейропатия нижних конечностей с сенсорно-моторными нарушениями. В 2022 г. была проведена ампутация нижней конечности на уровне средней трети левого бедра по поводу гангрены левой стопы и голени. Атеросклероз артерий нижних конечностей. Ишемическая болезнь сердца: постоянная форма ФП. Хроническая сердечная недостаточность I стадии. Хроническая болезнь почек. Аллергоanamнез не отягощен.

Эпидемиологический анамнез: санитарно-бытовые условия проживания удовлетворительные, контакт с инфекционными больными отрицает, заболевание не связывает с приемом в пищу каких-либо продуктов.

Объективно: состояние пациентки оценено как тяжелое, уровень сознания по шкале Глазго 7 баллов (оглушенность). Кожные покровы на ощупь сухие, бледные. Отеки не определяются. Язык сухой, обложен белым налетом. Лимфатические узлы не увеличены, не паль-

пируются. При аускультации легких дыхание жесткое, проводится по всем отделам, без хрипов. При аускультации сердца слышны аритмичные приглушенные тоны. Живот вздут, при пальпации – мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Стул жидкий водянистый, более 20 раз. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Пальцевое ректальное исследование не проводилось. Симптом поколачивания отрицательный. Температура тела – 36,7°C, ЧСС – 76 уд/мин, АД 100/60 мм рт. ст., ЧДД – 18 в минуту, SaO₂ – 94%.

Предварительный диагноз: острая кишечная инфекция, энтероколитический вариант, тяжелая форма. Гиповолемический шок.

Назначено дополнительное обследование для уточнения диагноза: общий анализ крови (ОАК) развернутый, биохимический анализ крови (БАК), анализ на С-реактивный белок (СРБ), кислотно-основное состояние, общий анализ мочи (ОАМ), реакция пассивной гемагглютинации на дизентерию, сальмонеллез, кал на яйца глистов, соскоб на энтеробиоз, бактериальный посев кала на дизентерийную группу, сальмонеллез, патогенные коли, №3 + тиф, паратиф А, В, С, анализ кала на ротавирус №1, копрограмма, копрология, анализ кала на скрытую кровь, на кампилобактериоз, ЭКГ, ультразвуковое исследование (УЗИ) органов брюшной полости, почек.

Назначено лечение в объеме оральной и парентеральной регидратации, антибиотикотерапия цефтриаксоном 2,0 г 2 раза в день внутривенно, полисорб по 1 столовой ложке 3 раза в день, «Аципол» по 2 капсулы 3 раза в день. Интенсивная терапия проводилась в отделении анестезиологии-реанимации: физиологический раствор 800,0 мл, калия хлорид 4% 20,0 мл, пентоксифиллин 5,0 мл, цефтриаксон 4,0 г, фуросемид 20 мг, инсулин 50 ЕД + 50,0 мл физиологического раствора, глибенкламид, кардиомагнил.

Результаты исследований. ОАК за 15.07.2025: эритроциты – 4,3×10¹²/л, гемоглобин – 133 г/л, гематокрит – 72%, цветовой показатель – 0,92, тромбоциты – 322×10⁹/л, лейкоциты – 11,4×10⁹/л, палочкоядерные – 24%, сегментоядерные – 59%, эозинофилы – 3%, лимфоциты – 10%, моноциты – 3%, СОЭ – 6 мм/ч.

БАК за 15.07.2025: глюкоза – 17,2 ммоль/л, тропонин слабopоложительный, натрий – 138 ммоль/л, калий – 4,6 ммоль/л, общий белок – 62,0 г/л, СРБ – 70 мг/л, лактат – 4,7 ммоль/л, мочеви́на – 11,7 ммоль/л, креатинин – 163 мкмоль/л, аланинаминотрансфераза – 28 Ед/л, аспартатаминотрансфераза – 68 Ед/л, протромбин – 87%, международное нормализованное отношение (МНО) – 1,2, активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ) – 69 с, гемолиз.

ОАМ за 15.07.2025: объем – 20 мл, насыщенный желтый цвет, реакция кислая, эпителий плоский 4–6 в поле зрения, лейкоциты 40–50 в поле зрения, эритроциты 15–20 в поле зрения. Анализ на кислотно-основное состояние за 13.08.2025: рН – 7,156, рСО₂ – 33,1 мм рт. ст., рО₂ – 46 мм рт. ст., гипокальциемия, нормокалиемия, нормонатриемия.

УЗИ органов брюшной полости, почек за 15.07.2025: признаки диффузных изменений паренхимы печени, поджелудочной железы, желчнокаменная болезнь, холецистолитиаз. Гиперпневматоз.

ОАК за 16.07.2025: эритроциты – $4,7 \times 10^{12}/л$, гемоглобин – 140 г/л, гематокрит – 82%, цветовой показатель – 0,87, тромбоциты – $365 \times 10^9/л$, лейкоциты – $9,2 \times 10^9/л$, палочкоядерные – 25%, сегментоядерные – 60%, эозинофилы – 2%, лимфоциты – 11%, моноциты – 2%, СОЭ – 5 мм/ч.

БАК за 16.07.2025: глюкоза – 5,6 ммоль/л, натрий – 149 ммоль/л, калий – 3,9 ммоль/л, общий белок – 60,0 г/л, СРБ – 125 мг/л, лактат – 4,8 ммоль/л, мочевины – 13,6 ммоль/л, креатинин – 212 мкмоль/л, протромбин – 75%, МНО – 1,3, АЧТВ – 72 с.

Анализ кала на яйца глистов, соскоб на энтеробиоз от 16.07.2025 – отрицательно.

На следующий день наблюдалась отрицательная динамика, состояние ухудшилось до крайне тяжелого на фоне проводимой терапии. Наступил летальный исход в результате стойкой асистолии. Реанимационные мероприятия оказались неэффективны.

Патоморфологический диагноз: острый трансмуральный инфаркт миокарда передней стенки левого желудочка; мелкоочаговый диффузный атеросклеротический кардиосклероз левого желудочка. Осложнение основного заболевания: нарушение сердечного ритма; морфологически – изменения волокон миокарда в виде их фрагментации, волнообразной деформации. Сег-

ментарная атеросклеротическая геморрагическая гангрена нисходящей ободочной, сигмовидной кишки, стенозирующий атеросклероз мезентериальных артерий (тромбоз сосудов подслизистого слоя нисходящей ободочной, сигмовидной кишки).

Клинико-патологоанатомический эпикриз: по результатам патологоанатомического исследования, имел место острый трансмуральный ИМ передней стенки левого желудочка, давностью, с учетом гистологических изменений в миокарде, до 1 сут. Непосредственной причиной смерти явилось нарушение сердечного ритма.

Выводы

Основной причиной наступления летального исхода, вероятнее всего, послужила несвоевременная диагностика ИМ в связи с проявлением атипичной клинической картины под маской гастроэнтерологической симптоматики. Смертельного исхода можно было бы избежать при условии раннего выявления ИМ. Ключевыми мерами в данном случае явились бы мониторинг ЭКГ, проведение эхокардиографии, а также тщательный сбор и анализ анамнеза пациентки.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of interests. The authors declare that there is not conflict of interests.

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

Иванова Антонина Петровна – доц. каф. инфекционных болезней ФГБОУ ВО КГМУ. E-mail: Ivanova280760@mail.ru

Лазаренко Александр Владиславович – студент 6-го курса леч. фак-та ФГБОУ ВО КГМУ. E-mail: lazarenko.alexander2017@yandex.ru

Поступила в редакцию: 23.10.2025

Поступила после рецензирования: 31.10.2025

Принята к публикации: 13.11.2025

INFORMATION ABOUT THE AUTHORS

Antonina P. Ivanova – Assoc. Prof., Kursk State Medical University. E-mail: Ivanova280760@mail.ru

Aleksandr V. Lazarenko – 6-year Student, Kursk State Medical University. E-mail: lazarenko.alexander2017@yandex.ru

Received: 23.10.2025

Revised: 31.10.2025

Accepted: 13.11.2025