

Doi: 10.52341/20738080_2025_139_6_49

ОСТРЫЙ КОРОНАРНЫЙ СИДРОМ И ТЭЛА: КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ В ГЛАВНОМ КЛИНИЧЕСКОМ ГОСПИТАЛЕ МВД РОССИИ



ЗОЛОТУХИН Н.Н.,
к.м.н., доцент, главный врач-терапевт ФКУЗ «Главный клинический госпиталь МВД России», доцент кафедры терапии с курсом фармакологии и фармации Медицинского института непрерывного образования ФГБОУ ВО «Рос-

сийский биотехнологический университет (Росбиотех)», заслуженный врач Российской Федерации, полковник вн. службы, znn1971@gmail.com



ФЕДОРОВА И.Г.,
врач-кардиолог 1-го кардиологического отделения ФКУЗ «Главный клинический госпиталь МВД России», innylechka21@mail.ru



СОЛОВЬЕВА А.А.,
начальник 1-го кардиологического отделения ФКУЗ «Главный клинический госпиталь МВД России», майор вн. службы, anna.solovyeva@yandex.ru



КОНЬКОВА Л.А.,
к.м.н., доцент, доцент кафедры терапии неотложных состояний филиала ФГБОУ ВО «Военно-медицинская академия имени С.М.Кирова» Минобороны России в г. Москве, доцент кафедры терапии с курсом фармакологии и фармации Медицинского

института непрерывного образования ФГБОУ ВО «Российский биотехнологический университет (Росбиотех)», заслуженный работник высшей школы Российской Федерации, mir7-med@yandex.ru

Представлен клинический случай дифференциальной диагностики острого коронарного синдрома и массивной субтотальной тромбоэмболии лёгочной артерии у сотрудника органов внутренних дел.

Ключевые слова: тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА), острый коронарный синдром, компьютерно-томографическая ангиопульмонография (КТ-ангиопульмонография), тромболитиз, имплантация кава-фильтра.

AN ACUTE CORONARY SYNDROME AND PULMONARY ARTERY THROMBOEMBOLISM: A CLINICAL CASE OF DIFFERENTIAL DIAGNOSTICS AND TREATMENT IN THE MAIN CLINICAL HOSPITAL OF THE MINISTRY OF THE INTERIOR OF RUSSIA

Zolotukhin N., Fedorova I., Solov'eva A., Kon'kova L.

A clinical case of differential diagnostics of the acute coronary syndrome and mass subtotal pulmonary artery thromboembolism in a law enforcement officer.

Key words: pulmonary artery thromboembolism (PATE), acute coronary syndrome, computed-tomographic angiopulmonography (CT-angiopulmonography), thrombolysis, cava filter implantation.

Введение

Несмотря на значительные успехи диагностики и оказания специализированной медицинской помощи при острых кардиологических заболеваниях, число летальных исходов и инвалидизации трудоспособного населения, в том числе сотрудников органов внутренних дел (ОВД), при данных состояниях сохраняется на высоком уровне [2, 4, 5].

В мире ведущую роль среди urgentных состояний сердечно-сосудистой системы занимают острый коронарный синдром (ОКС) и тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА). Так, в ряде стран регистрируется до 600 тыс. случаев ТЭЛА в год, а случаев ОКС – около 1,5 млн, при этом инфарктов миокарда (ИМ) с подъемом сегмента ST – около 300 тыс. [1, 7].

Своевременное выявление ТЭЛА, правильная оценка объема поражения и возможных последствий эмболической окклюзии малого круга во многом определяют успех лечения [1]. Однако диагностика этого заболевания остается крайне затруднительной [6]. Это связано с мало- или асимптомностью течения болезни, а также с малой специфичностью симптомов ТЭЛА, характерных для ряда других заболеваний: пневмонии, перикардита, плеврита, ИМ и др. [3, 7].

В этой связи в качестве примера будет уместным привести клинический случай диф-

ференциальной диагностики ОКС и массивной субтотальной ТЭЛА у сотрудника органов внутренних дел (ОВД), проходившего лечение в Главном клиническом госпитале МВД России (ГКГ) – ведущем ведомственном учреждении здравоохранения, в том числе и для оказания специализированной кардиологической медицинской помощи.

Клинический пример

Сотрудник полиции К., 49 лет, находился на обследовании и лечении в 1-м кардиологическом отделении ГКГ с 14.04.2025 по 15.05.2025 (в 1-м отделении ОРИИТ ГКГ – с 14.04.2025 по 21.04.2025).

Диагноз основной от 30.04.2025: «тромбоз глубоких вен левой нижней конечности на уровне левой подколенной вены, без флотации; флотирующий тромб глубоких вен левой нижней конечности на уровне нижней трети бедра».

Осложнения: массивная субтотальная двусторонняя ТЭЛА, исследование от 13.04.2025; острое легочное сердце (ОЛС) – от 14.04.2025; инфаркт-пневмония в нижней доле левого легкого; ДН 2; пульсирующая гематома правой паховой области; лимфорейя правой паховой области.

Сопутствующий диагноз: «гипертоническая болезнь II стадии (достигнуто целевое АД); риск ССО – 3; дислипидемия; очаговый поверхностный гастрит, ремиссия; кисты левой почки; астенические реакции». СКФ (СКД-ЕР1): 85 мл/мин./1,73 м².

Коронароангиография (КАГ) от 14.04.2025. Тромболитическая альтеплазой от 14.04.2025. Установка кава-фильтра «ALN FJ. НООК» в инфраренальный отдел нижней полой вены от 30.04.2025.

Жалобы: на выраженную одышку, тяжесть за грудиной с 13 апреля 2025 г. с периодическим стиханием симптомов.

В связи с сохраняющимися жалобами К. обратился в приемное отделение ГКГ 14.04.2025. Экстренно госпитализирован в 1-е ОРИИТ ГКГ для обследования и определения дальнейшей тактики лечения.

Объективное состояние: тяжелое; кожные покровы – бледные, цианоз губ. Частота дыхания – 19/мин. Насыщение крови кислородом – 97% с инсуфляцией увлажненного O₂. Перкуторно над легкими – легочный звук. Аускультативно дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы сердечной тупости не расширены. Тоны сердца приглушены, ритмичные, частота сердечных сокращений (ЧСС) – 130 уд./мин., АД – 90/50 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный, печень – по краю реберной дуги. Мочевыделение сво-

бодное, безболезненное, дизурии нет. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Отеков нет. При поступлении наблюдалось повышение тропонина I до 0,43 нг/мл.

По данным ЭКГ: ритм синусовый с ЧСС 130 уд. в мин., неспецифические изменения сегмента ST по передней стенке левого желудочка (ЛЖ). Проведена экстренная КАГ на основании клинических, инструментальных и лабораторных показателей (характерных для ОКС: клинических признаков, изменений на ЭКГ, повышении уровня кардиоферментов).

В ходе обследования выявлено повышение D-димера до 19800 мкг/л, по ультразвуковой доплерографии (УЗДГ) вен нижних конечностей – УЗ-признаки тромбоза глубоких вен левой нижней конечности.

Для исключения ТЭЛА проведена КТ-ангиография: КТ-картина субтотальной двусторонней ТЭЛА с обеих сторон с поражением практически всех долевых и сегментарных ветвей, в том числе крупный седловидный тромб в зоне бифуркации с признаками инфаркт-пневмонии в нижней доле левого легкого.

За период наблюдения отмечались нестабильность гемодинамики, снижение насыщения крови кислородом (сатурация) до 85–87%. На фоне проводимой терапии вазопрессорами (норадреналином 0,2–0,17 мкг/кг/мин.) – относительная стабилизация АД до 110/70 мм рт. ст. Пульс – 105–110 уд./мин.

Учитывая тяжесть состояния, высокий риск основного заболевания, отсутствие поражения коронарных артерий, диагностированную субтотальную двустороннюю ТЭЛА с признаками инфаркт-пневмонии, больному К. проведен системный тромболитический препарат «Ревелиза» (альтеплаза) в дозе 100 мг в 2-х часовом режиме. Иницирована антикоагулянтная терапия эноксапарином натрия 0,8 мл п/к 2 р/д.

21.04.2025 К. переведен в кардиологическое отделение для дальнейшего обследования и лечения.

По УЗИ артерий нижних конечностей от 14.05.2025: подвздошно-бедренный сегмент справа, гематом не выявлено. В динамике от 16.04.2025: УЗ-признаки пульсирующей гематомы справа; от 17.04.25: сохраняется дефект в артерии, пульсирующая гематома справа.

В связи с необходимостью продолжения антикоагулянтной терапии проведены ревизия правой паховой области, ушивание дефекта бедренной артерии справа.

По УЗИ вен нижних конечностей 30.04.2025: УЗ-признаки флотирующего тромбоза в подколенной вене (ПКВ) с переходом на подкожную большую вену (ПБВ) до уров-

ния нижней трети бедра) глубоких вен левой нижней конечности.

В экстренном порядке К. осмотрен сосудистым хирургом, 30.04.2025 ему проведена имплантация кава-фильтра в систему нижней полой вены по жизненным показаниям. Имеются УЗ-признаки посттромбофлебической болезни (ПТФБ) левой задней большеберцовой вены (ЗББВ).

По данным КТ органов брюшной полости (ОБП), забрюшинного пространства при вышке: лизирующаяся гематома забрюшинного пространства справа с выраженной положительной динамикой.

Учитывая сложности при заборе крови (сворачивается в пробирке) и признаки флотирующего тромбоза, решено провести смену антикоагулянтной терапии: был отменен эноксапарин натрия, назначен аписабан (эликвис) по 2 таблетки (по 5 мг) 2 раза в день в течение 7 дней, с последующим переходом на 1 таблетку 5 мг 2 раза в день на длительный срок.

Результаты

Общий анализ крови в динамике представлен в табл. 1. По данным оценки показателей периферической крови, отмечались лейкоцитоз, повышение тромбоцитов и резкое повышение уровня СОЭ – от 6 до 42 мм/ч.

Тропонин I от 14.04.2025: 0,43 нг/мл ($N < 0,023$). МВ-КФК от 16.04.2025: $< 2,0$ нг/мл ($N < 17$). Биохимический анализ крови 21.04.2025: Na – 134 (136–146 ммоль/л), K – 3,7 (3,5–5,5 ммоль/л), креатинин –

83 (53–115 мкмоль/л), мочевины – 4,57 (2,5–8,3 ммоль/л), глюкоза – 5,50 (3,5–6,10 ммоль/л), АСТ – 25,9 (10–40 Ед./л), АЛТ – 50,8 (10–40 Ед./л), общий белок – 58,2 г/л, альбумин – 32,8 г/л, СРБ – 180,6 мг/л (0,0–5,0). Биохимический анализ крови 6.05.2025: Na – 142,9, K – 4,36, креатинин – 90,5, мочевины – 4,85, АСТ – 23,2, АЛТ – 57,4, общий белок – 66,9 г/л, общий билирубин – 9,2, прямой билирубин – 2,42, непрямого билирубин – 6,78 мкмоль/л, СРБ – 3,14 мг/л (0,0–5,0).

Показатели коагулограммы представлены в табл. 2. При оценке показателей свертываемости крови выявлены умеренное снижение протромбинового индекса, повышение антитромбина III и резкое увеличение D-димера до 19800 мкг/л на этапе начальной диагностики.

ЭКГ от 14.04.2025: регистрируются синусовая тахикардия с ЧСС 133/мин., горизонтальное положение электрической оси сердца, неспецифическая депрессия сегментов ST, депрессия ST в отведениях I, II, aVF, V4-V6.

ЭКГ от 01.05.2025: синусовый ритм, ЧСС – 61/мин., QT 0,44, зубец T в AVF, V2 положительные, уменьшение глубины зубца T в III отведении.

КТ органов грудной клетки (ОГК) с внутривенным контрастированием от 14.04.2025: КТ-картина субтотальной двусторонней ТЭЛА с признаками инфаркт-пневмонии.

КТ ОГК с внутривенным контрастированием от 21.04.2025: КТ-картина двусторон-

Таблица 1

Общий анализ крови пациента К. в динамике

Показатели	14.04.2025	21.04.2025	5.05.2025
Гемоглобин, г/л	158	96	113
Эритроциты, 10/12/л	4,91	2,97	3,71
Лейкоциты, 10/9/л	11,94	9,64	4,68
Тромбоциты, 10/9/л	236	442	526
Нейтрофилы, %	71,6	73,6	52,5
Лимфоциты, %	21,2	16,2	36,5
Моноциты, %	6,3	7,8	5,4
Эозинофилы, %	0,4	2,2	4,5
Базофилы, %	0,5	0,2	1,1
СОЭ, мм/ч.	6	42	42

Таблица 2

Показатели свертываемости крови – коагулограмма пациента К. в динамике

Дата исследования	АЧТВ (сек.)	ПТИ (%)	МНО	Фибриноген (г/л)	Тромбиновое время (сек.)	Анти-тромбин III (%)	D-димер (мкг/л)
14.04.2025	25	67	1,24	3,17	15	106	19800
21.04.2025	36	81	1,11	8,5	13	111	2210
12.05.2025	35,7	75	1,23	4,16	14,2	124	379

ней ТЭЛА, положительная динамика при сравнении с КТ от 14.04.2025; инфаркт-пневмония слева, дистелектаз справа; гипостатические изменения в легких; плотное жидкостное скопление в забрюшинном пространстве справа (гематома).

Эхо-КТ от 14.04.2025: фракция выброса ЛЖ – 76%, глобальная сократительная функция ЛЖ не нарушена; толщина межжелудочковой перегородки в диастолу – 1,4 см; определяется парадоксальное движение межжелудочковой перегородки; выраженная трабекулярность миокарда ЛЖ, преимущественно апикальных сегментов; масса миокарда ЛЖ – 80 г/м²; гипертрофия миокарда ЛЖ не выявлена; размер левого предсердия – 2,3 см. Аортальный клапан имеет 3 створки. Транс-клапанный градиент давления пиковый – 5 мм рт. ст. Митральная регургитация 1-й степени. Трикуспидальная регургитация 2-й степени. Диаметр правого желудочка (ПЖ) на уровне базальных отделов – 4,5 см (увеличен). Объем правого предсердия – 80 мл (увеличен). Нижняя полая вена не расширена и спадается на вдохе более чем на 50%. Систолическое давление в легочной артерии – 53 мм рт. ст.

Эхо-КТ от 15.04.2025: фракция выброса ЛЖ – 65%; глобальная сократительная функция ЛЖ не нарушена; толщина межжелудочковой перегородки в диастолу – 1,3 см; выраженная трабекулярность миокарда ЛЖ, преимущественно апикальных сегментов; масса миокарда ЛЖ – 103 г/м²; конечно-диастолический размер ПЖ – 3,2 см (не увеличен). Трикуспидальная регургитация 1-й степени. Диаметр ПЖ на уровне базальных отделов – 3,2 см (не увеличен). Объем правого предсердия – 52 мл (не увеличен). Нижняя полая вена не расширена и спадается на вдохе более чем на 50%. Систолическое давление в легочной артерии – 27 мм рт. ст.

УЗДГ вен нижних конечностей от 14.04.2025: УЗ-признаки тромбоза глубоких вен левой нижней конечности.

УЗИ вен нижних конечностей от 30.04.2025: УЗ-признаки флотирующего тромбоза (в ПКВ с переходом на ПБВ до уровня нижней трети бедра) глубоких вен левой нижней конечности.

УЗДГ вен нижних конечностей от 7.05.2025: УЗ-признаков тромботических изменений на момент исследования не выявлено; имеются УЗ-признаки ПТФБ одной из ЗББВ слева.

КАГ от 14.04.2025: ствол левой коронарной артерии, передняя межжелудочковая ветвь, диагональная ветвь, огибающая ветвь, ветвь тупого края, задняя межжелудочковая ветвь правой коронарной артерии проходи-

мы; правая коронарная артерия проходима, гипоплазирована; тип кровоснабжения миокарда – выраженный левый.

Операция 17.04.2025: вскрытие пульсирующей гематомы верхней трети правого бедра, ушивание дефекта правой общей бедренной артерии, дренирование раны.

Операция от 30.04.2025: по интродьюсеру ниже отхождения правой почечной вены установлен кава-фильтр «ALN FJ. НООК»; контрольная кава-графия. Операция закончена без осложнений, интродьюсер удален; гемостаз, асептическая наклейка на место пункции.

Пациент К. с массивной субтотальной двусторонней ТЭЛА после проведения системного тромболитика и подбора антикоагулянтной терапии был выписан с улучшением для дальнейшего лечения в поликлинике и реабилитации.

Заключение

В приведенном клиническом примере представлена дифференциальная диагностика ОКС и ТЭЛА с использованием современных лабораторных и инструментальных методик в условиях специализированного кардиологического отделения. Был своевременно установлен диагноз массивной субтотальной двусторонней ТЭЛА с развитием ОЛС у сотрудника ОВД, выявленной в ГКГ при КТ-ангиопульмонографии, восстановлена самостоятельная гемодинамика пациента при помощи системного тромболитика, проведенного на основании клинических проявлений и оценки результатов комплексной диагностики. Имплантация кава-фильтра в систему нижней полой вены по жизненным показаниям (флотирующий тромбоз глубоких вен левой нижней конечности), а также адекватный подбор антикоагулянтной терапии позволили выписать больного К. с положительной динамикой лабораторных показателей свертывающей системы крови и отсутствием тромботических изменений по УЗИ вен нижней конечности.

Таким образом, своевременная диагностика острых кардиологических состояний позволяет оптимизировать оказание специализированной помощи на госпитальном этапе, а также сократить сроки возвращения сотрудников к профессиональной деятельности.

Литература

