

точным весом, повышенным артериальным давлением и повышенным уровнем сахара в крови. Для снижения заболеваемости сердечно-сосудистой патологией необходимо в первую очередь на местном уровне усилить меры первичной и вторичной профилактики, обеспечить учреждения здравоохранения современным лечебно-диагностическим оборудованием, усилить мероприятия по систематической подготовке специалистов.

Заключение. Сердечно-сосудистые заболевания – большая медико-социальная проблема, для решения которой необходима не только государственная поддержка, но и вмешательство центральных и местных органов исполнительной власти: усилить меры профилактики, обеспечить лечебные заведения современным лечебно-диагностическим оборудованием, улучшить реабилитационные мероприятия.

О ТРУДНОСТЯХ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ЭЛЕКТРОДНОГО ЭНДОКАРДИТА И ТРОМБОЗА

КРЫЛОВ В.А., ЦОКОЛОВ А.В., НАСТАЕВА М.В.

ФГБУ МО РФ «1409 Военно-морской клинический госпиталь», г. Калининград. Россия

Тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА) – одно из наиболее грозных осложнений электро-стимуляционного лечения больных с нарушениями ритма и проводимости сердца. Литературные данные свидетельствуют, что апикальная электрокардиостимуляция (ЭКС) в 15% случаев сопровождается развитием ТЭЛА, имеющей, как правило, латентную форму. Ситуация осложняется еще и тем, что тромбообразование возможно и на электроде. Также возможно формирование вегетаций на электродах ЭКС, о чем имеются немногочисленные литературные данные. Поэтому наличие дополнительных эхо-сигналов на электродах не может трактоваться однозначно в пользу тромбоза последнего. Представленный клинический случай служит тому подтверждением.

Материал и методы. У пациента 74 лет на фоне клиники ТЭЛА и рецидивирующей полисегментарной абсцедирующей пневмонии на протяжении двух месяцев регистрировалась клиника септицемия при недостаточном эффекте от проводимой комбинированной антибактериальной терапии. При трансторакальном и чреспищеводном ЭхоКГ-исследовании на приборе GE Logiq P6 (США) в правом предсердии (ПП) визуализировался электрод ЭКС, утолщенный до 8–12,1 мм, с нечеткими контурами, за счет рыхлых наложений средней и низкой плотности, с их минимальной подвижностью. Учитывая персистирующий субфибрилитет и септицемию, ЭхоКГ-картина не могла быть расценена однозначно как тромбоз электрода, сохраняя вероятность электродного эндокардита. Ввиду низкой эффективности проводимой антибактериальной терапии был выставлен диагноз «Бактериальный эндокардит. Тромбоз

электрода ЭКС». Поскольку у пациента ранее был установлен кава-фильтр, источником тромбоэмболов в легочную артерию мог служить электрод ЭКС. Через 6 месяцев, при повторном ЭхоКГ-исследовании электрод имел нормальный диаметр (2,1–2,6 мм) с достаточно четкими однородными контурами. На фоне длительно проводимой тромболитической терапии ситуация с ТЭЛА была решена.

Результаты. С учетом динамики изменения «толщины и структуры» электрода в ПП выявляемые ранее изменения «постфактум» трактовались как «рыхлые подвижные тромботические массы». Характерная локализация очагов эмболизации в легких связана с особенностями анатомического строения артериальной системы легких: кровоснабжение 4–5 правых и 8–9 левых бронхолегочных сегментов осуществляется из крупных ветвей легочных артерий, анатомически являющихся прямым «продолжением» основной сосудистой магистрали.

Заключение. В качестве перспективной методики своевременной диагностики тромбоэмболии мелких ветвей легочной артерии у больных с имплантированными ЭКС должна рассматриваться методика перфузионной сцинтиграфии легких наряду с обязательным выполнением ЭхоКГ, рентгенографии органов грудной клетки и лабораторного звена обследования данных пациентов. Предложенный же клинический случай демонстрирует необходимость настороженного отношения врачей к возможному развитию тромбоза внутрисердечных электродов, не забывая об инфекционном эндокардите и о необходимости своевременной диагностики последнего.