

По данным ЭхоКГ отмечалось снижение давления в легочной артерии и уменьшение степени митральной регургитации до лёгкой, уменьшение размеров камер сердца: ФВ ЛЖ - 68% (Simpson), КДР ЛЖ - 52 мм, КСР ЛЖ - 32 мм. КДР ПЖ - 27 мм. СДЛА - 35 мм ртутного столба.

ОБСУЖДЕНИЕ

В эру физиологичной ЭКС гемодинамические и клинические расстройства вследствие псевдо-синдрома ЭКС, который обусловлен выраженной АВ блокадой I степени, зачастую, упускаются из вида. Следует помнить, что пациенты с длительным интервалом PQ, которым имплантируются двухкамерные устройства, имеют повышенный риск «undersensing» предсердных волн сопровождающийся ингибированием желудочковой стимуляции. К сожалению, программирование

рефрактерных периодов ЭКС не всегда обладает проактивным эффектом. В данном случае с помощью программирования устройства и консервативной терапии не удалось сразу добиться 100% желудочковой стимуляции, что определило персистирование симптомов сердечной недостаточности, рефрактерных к диуретической терапии. Возможно, в данных случаях выполнение РЧКА АВ соединения позволило бы достаточно безопасно и эффективно достигнуть удовлетворительного результата.

Таким образом, данное наблюдение показало, что выраженная АВ блокада I степени может вызывать тяжёлую сердечную недостаточность рефрактерную к диуретической терапии с симптомами схожими с синдромом ЭКС. Следует помнить, что программирование двухкамерных устройств у таких пациентов может иметь значительные трудности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ellenbogen K.A., Gilligan D.M., Wood M.A. et al. The pacemaker syndrome - a matter of definition // Am. J. Cardiol. - 1997. - Vol. 79 (9). - P. 1226-1229.
2. Barold S.S., Ilcic A., Leonelli F., Herweg B. First-degree atrioventricular block. Clinical manifestations, indications for pacing, pacemaker management and consequences during cardiac resynchronization // J. Interv. Card. Electrophysiol. - 2006. - Vol. 17. - P. 139-152.
3. Kuniyoshi R., Sosa E., Scanavacca M. et al. The pseudo-pacemaker syndrome // Arq. Bras. Cardiol. - 1994. - Vol. 63 (2). - P. 111-115.
4. Kim Y.H., O'Nunain S., Trouton T. et al. Pseudo-pacemaker syndrome following inadvertent fast pathway ablation for atrioventricular nodal reentrant tachycardia // J. Cardiovasc. Electrophysiol. - 1993. - Vol. 4 (2). - P. 178-182.
5. Farmer D.M., Estes N.A.M., Link M.S. New concepts in pacemaker syndrome // Indian Pacing and Electrophysiology Journal. - 2004. - Vol. 4 (4). - P. 195-200.
6. Pacing to support the failing heart. Edited by K.A. Ellenbogen and A. Auricchio. Non-CRT pacing in the failing heart: limiting ventricular pacing and searching for alternate pacing sites. C.W. Israel. - 2009. - P. 248-284.
7. Auricchio A. Improvement of cardiac function in patients with severe congestive heart failure and coronary artery disease by dual chamber pacing with shortened AV delay // Pacing Clin. Electrophysiol. - 1993. - Vol. 16 (10). - P. 2034-2043.
8. Brecker S.J., Xiao H.B., Sparrow J., Gibson D.G. Effects of dual-chamber pacing with short atrioventricular delay in dilated cardiomyopathy // Lancet. - 1992. - Vol. 340. P. 1308-1312.
9. Hochleitner M., Hortnagl H., Gschnitzer F., Zechmann W. Usefulness of physiologic dual-chamber pacing in drug-resistant idiopathic dilated cardiomyopathy // Am. J. Cardiol. - 1990. - Vol. 66 (2). - P. 198-202.
10. Bode F., Wiegand U., Katus H.A., Potraz J. Inhibition of ventricular stimulation in patients with dual chamber pacemakers and prolonged AV Conduction // PACE. - 1999. - Vol. 22. - P. 1425-1431.

А.В.Федосеенко, С.А.Зенин

СЛУЧАЙ НАРУЖНОЙ ЛИМФОРЕИ ПОСЛЕ ИМПЛАНТАЦИИ ПОСТОЯННОГО ЭЛЕКТРОКАРДИОСТИМУЛЯТОРА

ГБУЗ НСО «Новосибирский областной клинический кардиологический диспансер»

Приводится клиническое наблюдение пациентки 63 лет, у которой имплантация постоянного электрокардиостимулятора осложнилась наружной лимфореей

Ключевые слова: атриовентрикулярная блокада, синдром Морганьи-Адамса-Стокса, холтеровское мониторирование, электрокардиостимуляция, лимфорей

A case report is given of a 63-year-old female patient, in whom the permanent pacemaker implantation was complicated by external lymphorrhea.

Key words: atrio-ventricular block, Morgagni-Adams-Stokes syndrome, Holter monitoring, cardiac pacing, lymphorrhea.

История имплантации постоянных электрокардиостимуляторов (ЭКС) ведет свое начало с 1957 года, когда впервые был применен наружный ЭКС с имплантированными электродами; а уже с 1958 году в

Швеции была выполнена первая «полноценная» имплантация постоянного ЭКС [1]. На настоящий момент в Европе выполняется 450-750 имплантаций на миллион населения в год [2], в России (по данным на 2009

год) - 145 имплантаций на миллион населения [3]. Хирургическими осложнениями этой операции чаще всего являются следующие: гемоперикард (0,3%), пневмо- и гемоторакс (по 0,8%, только при подключичной катетеризации), инфекционные осложнения (0,9%), венозный тромбоз (0,4%), пролежень ЭКС (0,3%) [4]. Представляем Вашему вниманию случай крайне редкого осложнения - наружной лимфорей из ложа ЭКС. За более чем пятнадцатилетний период имплантаций пейсмейкеров подобное осложнение встретилося в нашей практике впервые.

Пациентка Т., 63 лет, поступила в отделение с клиникой эквивалентов и приступов Морганьи-Адамса-Стокса. В анамнезе у пациентки ревматизм, в настоящее время неактивная фаза, сочетанный митральный порок с преобладанием стеноза. Около 10 лет наблюдалась по поводу пароксизмальной фибрилляции предсердий, около 1 года аритмия стала постоянной. В течение нескольких лет отмечались кратковременные обморочные и предобморочные состояния. При суточном мониторингировании ЭКГ выявлены паузы до 6780 мс. Пациентка была госпитализирована для имплантации постоянного ЭКС в VVI-режиме. Под местной инфильтрационной анестезией S.Novocaini 0,5% - 80 мл выполнен разрез кожи на 6 см ниже ключицы. Тупым путем раздвинута подкожно-жировая клетчатка, сформировано ложе ЭКС. Выполнен гемостаз. Тупым путем выделена левая v.cephalica и мобилизована на протяжении 3 см по ходу в пределах дельто-видной-грудной борозды. Вена была перевязана, выполнена венесекция. Через вену проведен желудочковый электрод и под рентген-контролем позиционирован в верхушку правого желудочка. Электрод фиксирован к вене и подлежащим тканям. После окончательного гемостаза к электроду подсоединен и помещен в ложе электрокардиостимулятор. Рана послойно ушита, наложена асептическая повязка. Имплантация выполнена без технических сложностей.

На третий день после операции отмечено обильное пропитывание повязки светлым отделяемым, на перевязке - обильное истечение жидкости через послеоперационный шов. Отделяемое жидкое, мутноватое с геморрагическим компонентом, гомогенное, без запаха. Визуально признаков инфицирования послеоперационной раны не отмечалось. Края - без признаков инфильтрации и гиперемии. Рана дренирована, дважды в день выполнялись перевязки. В течение 11 дней экссудация сохранялась, в первые 7 дней - обильно, до 100 мл/сут, в дальнейшем - с постепенным снижением

темпа до полного прекращения экссудации с последующим заживлением раны. Самочувствие пациентки оставалось стабильно удовлетворительным, температура тела не повышалась, локальной болезненности не было. В серии анализов периферической крови воспалительных изменений также не регистрировалось. При посеве отделяемого роста микрофлоры не получено. За все время наблюдения признаков воспаления послеоперационной раны не появилось, сохранялась стойкая нормотермия. В серии анализов крови отмечалось снижение количества лейкоцитов с $9,6 \times 10^9$ (исходно) до $3,5 \times 10^9$ (на 7 день) за счет нейтрофилов (снижение с 66% до 53%), что является характерным признаком лимфорей [5, 6]. Других существенных изменений лейкоцитарной формулы не наблюдалось. Через 7 дней после прекращения накопления жидкости количество лейкоцитов постепенно возросло до $11,1 \times 10^9$, количество нейтрофилов - 65%. При контрольном осмотре через месяц после выписки область вмешательства без особенностей, самочувствие хорошее.

На основании описанной клинической картины (характер и объемы отделяемого, отсутствие воспалительных изменений, нормотермия, отсутствие роста микрофлоры при посеве отделяемого, динамика анализов периферической крови) причиной данного осложнения послужила недиагностированная интраоперационная травма путей лимфооттока группы лимфатических узлов Lgl. deltoideo-pectoralis (Bartels), расположенных в sulcus deltoideo-pectoralis; ее относящие сосуды, следуя v. cephalica, впадают в подключичный ствол, а приносящие получают лимфу верхней конечности, грудной железы [7].

Другие элементы лимфатической системы подкрыльцовой ямки и подключичной области (Bartels) выделяет еще 6 групп лимфатических узлов с путями притока и оттока) залегают глубже, под грудными мышцами и в глубине подмышечной клетчатки; путь их оттока одним или двумя подключичными стволами протекает в составе подключичного сосудисто-нервного пучка к венозному треугольнику Пирогова, где впадает в грудной лимфатический проток либо непосредственно в подключичную вену [7, 8]. Аналогичных случаев лимфорей, осложнившей имплантацию ЭКС, нами в литературе не найдено. Таким образом, необходимо учитывать риск подобного редкого осложнения при подозрении на инфицирование послеоперационной раны, так как его ведение не требует эксплантации стимулирующей системы и имеет благоприятный прогноз.

ЛИТЕРАТУРА

1. А.В.Ардашев «Клиническая аритмология», М: Мед-практика-М, 2009.
2. «Хирургическое лечение брадиаритмий в Гомельском областном клиническом диспансере в 2008 году», <http://cardiogomel.ucoz.ru/load/16-1-0-20>.
3. Л.А.Бокерия, А.Ш.Ревизишвили, И.А.Дубровский Состояние электрокардиостимуляции в России в 2009 году // Вестник аритмологии» 2011, 63, с. 73-77.
4. «Имплантация электрокардиостимулятора», медицинская технология. НИИПК им. акад. Е.Н.Мешалкина, Новосибирск, 2008 г, с. 18-22.
5. И.А.Ибатуллин «Этиология и патогенез лимфоистечения» // Хирургия 1977, 5, с. 130.
6. М.И. Перельман, И.А. Юсупов, Т.Н. Седова «Хирургия грудного протока», М., 1984.
7. «Лимфатическая Система» Большая электронная медицинская библиотека, http://bigmeden.ru/article/Лимфатическая_Система.
8. А.В.Николаев «Топографическая анатомия и оперативная хирургия», ГЭОТАР-Медиа, 2007 г.