УДК 616.127—005.8—073.97

И. С. ГИЛЬМАР

К ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА ЗАДНИХ ОТДЕЛОВ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА

Электрокардиографическая диагностика инфаркта миокарда задней стенки левого желудочка сердца более затруднительна, чем передней.

Учитывая необходимость поисков новых, более чувствительных отведений для выявления «немых» зон задней стенки левого желудочка сердца, мы изучили диагностические возможности отведений, предлагаемых рядом авторов для выявления поражения задней и задне-боковой стенок левого желудочка сердца. Наряду с обычной электрокардиограммой (ЭКГ) в динамике на чернильнопишущем электрокардиографе ЭКПСЧ-4 регистрировались отведения V_7 , брюшное— V_0 , правое косое по Эвансу— RO , по Клетэну, J по Дехтярю и D —по Ньюбу. Критерием патологических изменений обычной ЭКГ являлся Миннесотский код, утвержденный Комитетом экспертов ВОЗ.

Обследовано 67 больных инфарктом миокарда в возрасте от 31 до 72 лет (35 мужчин и 32 женщины) и 50 здоровых лиц контрольной группы. Острая и подострая стадия отмечены у 60 больных, рубцовая у 7; крупноочаговое поражение зарегистрировано у 57 человек, мелкоочаговое—у 10. Поражение заднедиафрагмального отдела левого желудочка сердца наблюдалось у 49 человек, задне-бокового—у 12, передней и задней стенок—у 6. В 11 случаях данные ЭКГ сопоставлены с патологоанатомическими находками.

Наши исследования показали, что при поражении задней стенки левого желудочка сердца в остром и подостром периодах характерные сдвиги ЭКГ возникают в отведении Клетэна на 14,4% чаще, чем в общепринятых отведениях. Однако в ряде случаев отмечалась полная (2 больных) или частичная (5) потеря информации, что, вероятно, связано с несовпадением инфарктного вектора с осью отведения. О большой эффективности отведения Клетэна в выявлении изменений миокарда задней стенки левого желудочка сообщалось в литературе. Тем не менее вряд ли отведение Клетэна является «увеличенным и удвоенным отведением avF » (Р. Д. Банах), поскольку оно улавливает потенциалы сердца парой точек, в отличие от «однополосного» отведения avF , чем очевидно, и определяется их различие.

В остром и подостром периодах инфаркта миокарда задней стенки левого желудочка, при наличии изменений в обычных отведениях ЭКГ, в отведении V_0 у 5 больных обнаружены изменения только фазы реполяризации, у 3—только фазы деполаризации, а у 2 изменений не было. На секции в одном из наблюдений с потерей информации в отведении V_0 инфаркт миокарда локализовался в боковом отделе левого желудочка и несколько кзади. При мелкоочаговом поражении сдвиги фазы реполяризации в отведении V_0 отсутствовали в 1 случае, а в другом, при наличии отрицательного зубца T_3 и положительного зубца $TavF$, зубец T в отведении V_0 был инвертирован. Интересно отметить, что в одном случае, когда изменения зубца T регистрировались только в отведении Клетэна и RO , они отсутствовали в отведении V_0 . Следовательно, отведение V_0 отражает потенциалы задней стенки левого желудочка сердца, однако ничего нового, в сравнении с общепринятыми отведениями, в диагностику не вносит. Зубцы в отведении V_0 нередко низкоамплитудны и неудобны для интерпретации.

В отведении J некоррегированной ортогональной системы отведений Г. Я. Дехтяря в остром и подостром периодах инфаркта миокарда задней и задне-боковой стенок левого желудочка сердца у 5 больных была изменена только фаза реполяризации, а у 3 изменения отсутствовали. В рубцовой стадии инфаркта миокарда этой локализации изменения в отведении J отсутствовали у 4 больных. В остром и подостром периодах инфаркта миокарда, при наличии патологического зубца Q в III и avF отведениях, в отведении J регистрировался комплекс QS у 4 больных, а у 2 больных эти изменения

наблюдались при передне-заднем инфаркте. При мелкоочаговом инфаркте миокарда задней стенки патологический зубец Q в отведении J не обнаруживался, дифференциация изменений конечной части желудочкового комплекса с вариантами нормы была затруднительна, поскольку инверсия и двуфазность зубца T часто отмечалась у здоровых людей.

Сопоставление диагностической информативности отведений V₇, Д и R_O показало, что изменения задне-боковых отделов левого желудочка лучше отражаются в отведении Д.

Таким образом, в острой, подострой и рубцовой стадиях инфаркта миокарда при поражении заднедиафрагмальных отделов сердца наиболее предпочтительным является отведение Клетэна, а при поражении задне-боковых отделов—отведение С. Дополнительная информация в этих отведениях обнаруживается в 19,4% случаев.

Мы убеждены, что отведения Д Клетэна необходимо включить в число отведений, обязательных для регистрации.

Больница скорой помощи,
г. Донецк

Поступило 1/X 1972 г.

Ի. Ս. ԳԻԼՄԱՐ

ՁԱԽ ՓՈՐՈՔԻ ԵՏԵՎԻ ԲԱԺԻՆՆԵՐԻ ՍՐՏԱՄԿԱՆԻ ԻՆՖԱՐԿՏԻ ԷԼԵԿՏՐԱԿԱՐԴԻՈ-
ԳՐԱՅԻԿ ԱԽՏՈՐՈՇՄԱՆ ՀԱՐՑԻ ՇՈՒՐՋԸ

Ա մ փ ո փ ու մ

Ուսումնասիրվել են բացարկումներ, որ առաջարկվում են մի շարք հեղինակների կողմից արտի ձախ փորոքի ետևի և ետկողային պատերի վնասվածքները հալստարերելու համար:

I. S. GILMAR

ELECTROCARDIOGRAM IN THE DIAGNOSIS OF POSTERIOR CHAMBERS OF LEFT VENTRICLE IN THE INFARCTION OF MYOCARDIUM

S u m m a r y

The leads being suggested by other authors for revealing the involvement of posterior and posterolateral walls of left ventricle were studied.

УДК 616.131:616.132—007.271—053.1—073.97

Л. И. ДУХИЕВА

ОСОБЕННОСТИ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММЫ БОЛЬНЫХ КОАРКТАЦИЕЙ И ВРОЖДЕННЫМ СТЕНОЗОМ УСТЬЯ АОРТЫ

Врожденные пороки аорты не являются редкими заболеваниями. Врожденный стеноз аорты, по литературным данным, составляет 5% всех врожденных сердечно-сосудистых аномалий.