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, D и RO показало, что изменения задне-боковых отделов левого желудочка лучше отражаются в отведении D.

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 D 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.

Целый ряд гемодинамических изменений при стенозе устья аорты и коарктации аорты идентичен, однако имеются и различия, составляющие специфику каждого порока.

Можно предположить, что коронарный кровоток при этих пороках сердца страдает не одинаково и что коронарная недостаточность при коарктации аорты будет наблюдаться реже, чем при врожденном стенозе устья аорты.

Исходя из этих положений, мы поставили цель сравнить особенности ЭКГ у 12 больных с врожденным стенозом устья и 11 больных с коарктацией аорты (больные были в возрасте 6—38 лет). Данные ЭКГ сопоставлялись с точными гемодинамическими показателями, установленными при прямом определении их во время зондирования или операции. При анализе ЭКГ мы исходили из положения о том, что возможны два типа ЭКГ при гипертрофии левого желудочка. Первый тип ЭКГ соответствует «чистой» гипертрофии левого желудочка, второй тип—сочетанию гипертрофии левого желудочка с дистрофией миокарда.

У 5 больных с врожденным стенозом устья аорты ЭКГ была нормальной (I группа). У 7 больных ЭКГ была изменена: у 5 больных характер изменений ЭКГ свидетельствовал о гипертрофических и дистрофических изменениях левого желудочка (III группа), у 2 больных показатели ЭКГ указывали преимущественно на гипертрофию (II группа). Однако имели место и показатели дистрофических изменений: отрицательный T при нормальном положении электрической оси сердца, не изменяющейся на вдохе, и смещение книзу от изолинии интервала ST в отведении V_6 с переходом в двуфазный зубец T (—+)—II группа.

Таким образом, у больных с врожденным стенозом устья аорты ЭКГ была или нормальной, или с признаками сочетания гипертрофических и дистрофических изменений миокарда левого желудочка.

Иные изменения отмечены на ЭКГ больных с коарктацией аорты. Нормальная ЭКГ имела место лишь у 2 больных (I гр.). Только у 4 самых тяжелых больных и у больных со стенозом аорты выявлены ЭКГ признаки гипертрофии и дистрофии левого желудочка (III гр.). У 5 больных отмечены лишь признаки «чистой» гипертрофии (II гр.), указаний на дистрофию миокарда у них не установлено.

Таким образом, у ряда больных с коарктацией аорты в отличие от больных со стенозом устья аорты выявлена «чистая» гипертрофия миокарда (без признаков дистрофии).

Особенности ЭКГ вышеуказанных групп были рассмотрены в зависимости от гемодинамических изменений—давления в левом желудочке и градиента выше и ниже места сужения (при коарктации градиент давления на верхних и нижних конечностях). При сопоставлении этих групп выявляется следующее:

I. Нормальные ЭКГ у больных с врожденным стенозом и коарктацией аорты имеют место при небольшой величине градиента давления выше и ниже места сужения и близкой к нормальной величине артериального давления в левом желудочке (I гр.).

II. По мере нарастания величины градиента давления в левом желудочке у больных с врожденным стенозом устья аорты наряду с гипертрофией левого желудочка выявляются и признаки дистрофии миокарда (II гр.), в то время как у больных с коарктацией аорты при больших величинах градиента и давления в левом желудочке имеет место «чистая» гипертрофия без признаков дистрофического перерождения сердечной мышцы (II гр.). Лишь при дальнейшем нарастании гемодинамических изменений при повышении давления (в среднем 222 мм рт. ст.) и градиента (в среднем 107 мм рт. ст.) у больных с коарктацией аорты начинают выявляться ЭКГ признаки дистрофических процессов в сердце (III гр.), в то время как у больных с врожденным стенозом устья аорты ЭКГ признаки дистрофии миокарда имели место при меньших величинах давления (в среднем 197 мм рт. ст.) и градиента (в среднем 77 мм рт. ст.)—III гр. Эти данные позволяют предполагать, что при врожденном стенозе устья аорты компенсаторные возможности значительно ниже, чем при коарктации аорты. Весьма вероятно,

что причина более ранней декомпенсации сердечной мышцы у больных с врожденным стенозом устья аорты определяется теми гемодинамическими особенностями порока, которые связаны с нарушением коронарного кровообращения.

Ин-т хирургии им. А. В. Вишневого
АМН СССР

Поступило 18/VIII 1972 г.

Լ. Ի. ԴՈՒԿԻԵՎԱ

ԱՌՐՏԱՅԻ ՀՈՒՆԻ ԲՆԱԾԻՆ ՍՏԵՆՈԶՈՎ ԵՎ ԿՈԱՐԿՏԱՑԻԱՅԻՆՈՎ ՀԻՎԱՆԴՆԵՐԻ
ԷԼԵԿՏՐԱԿԱՐԴԻՈԳՐԱՄԱՅԻ ԱՌԱՆՁՆԱՀԱՏԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ

Ա մ փ ո փ ու մ

Աորտայի հունի բնածին ստենոզով և կոարկտացիայով հիվանդների էԿԳ տվյալները համաձայն են հեմոդինամիկ ցուցանիշների հետ:

Հեղինակները ենթադրում են, որ աորտայի հունի բնածին ստենոզի դեպքում վաղ դեկոմպենսացիայի պատճառը կորոնար արյան շրջանառության պրոցեսում ներգրավված է:

L. I. DOUKHIEVA

THE ECG PECULIARITIES IN PATIENTS WITH THE
COARCTATION AND CONGENITAL STENOSIS OF
AORTIC MOUTH

S u m m a r y

The ECG data of patients with the coarctation and congenital aortic mouth stenosis were correlated with the hemodynamical indices. The authors have supposed that the reason of early decompensation in congenital aortic mouth stenosis is the involvement in the process of the coronary circulation,

УДК 616.12—007—008.64:612.13

Р. М. ЗАСЛАВСКАЯ, А. А. ГОССЕН, А. П. ВЕЛИКОИВАНЕНКО

РИТМ СУТОЧНЫХ КОЛЕБАНИЙ НЕКОТОРЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ
ГЕМОДИНАМИКИ У БОЛЬНЫХ ДЕКОМПЕНСИРОВАННЫМИ
ПОРОКАМИ СЕРДЦА

Вопросы изучения ритма суточных колебаний показателей гемодинамики в норме и патологии освещены в литературе недостаточно. Поэтому мы сочли целесообразным изучить ритм суточных колебаний некоторых показателей гемодинамики у больных с явлениями декомпенсации на почве поражения клапанного аппарата сердца.

Изучалась суточная периодика систолического, диастолического, пульсового, среднего артериального давления по Н. С. Короткову, венозное давление по В. А. Вальдману, частоты сердечных сокращений, времени внутрипредсердной, атриовентрикулярной, внутрижелудочковой проводимости, электрической систолы, по данным электрокардиографического исследования, времени периодов напряжения и изгибания общей и механической систолы, внутрисистолического показателя (ВСП) и индекса напряже-