

В. В. БОНДАРЬ

ХАРАКТЕРИСТИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ТОПОГРАФИЧЕСКИХ ОТВЕДЕНИЙ ПРИ КОРОНАРНОМ АТЕРОСКЛЕРОЗЕ

Метод электрокардиографии, широко применяемый в медицине, совместно с клинической картиной служит ценным диагностическим подспорьем при оценке состояния миокарда. Но электрокардиограмма не является абсолютным диагностическим критерием ишемической болезни сердца. Чем шире изучается клиника при помощи электрокардиографии, тем нагляднее в целом ряде случаев выявляется ограниченность этого метода.

Для расширения диагностических возможностей электрокардиографического метода изыскиваются и применяются новые отведения, разрабатываются и учитываются дополнительные показатели.

Топографические или грудные отведения от более высоких межреберий применяются с целью выявления локальных потенциалов, отражающих изменения миокарда под соответствующим активным электродом и помогающих распознаванию высокорасположенных очаговых изменений левого желудочка. Они записываются так же, как и однополюсные грудные отведения, но на 1-2 межреберье выше и обозначаются дополнительной цифрой справа сверху буквы V.

Топографическое отображение от 3 поверхностей сердца—передней (A), задней (D) и нижней (I)—достигается с помощью метода двухполюсных грудных отведений по Нэбу. Эти отведения применяют для уточнения диагноза инфаркта миокарда, а также при пробах с физической нагрузкой.

В доступной нам литературе материалов, касающихся применения топографических отведений при коронарном атеросклерозе с хронической коронарной недостаточностью, не обнаружено. Целью настоящей работы является изучение этого вопроса с более подробным знакомством с электрокардиограммами в общепринятых отведениях, грудных отведениях от более высоких и низких межреберий, отведениях двухполюсных по Нэбу для сопоставления особенностей изменений, частоты отклонений, выявляемых этими методами, и дачи оценки практического их значения.

Нами обследованы больные (57), находящиеся на стационарном лечении в терапевтических отделениях 25-й клинической больницы МСЧ ХТЗ по поводу коронарного атеросклероза с ишемической болезнью сердца. Всем больным производилось ЭКГ исследование в общепринятых 13 отведениях, высоких и низких грудных отведениях, двухполюсных отведениях по Нэбу. Методика топографических отведений заключалась в смещении активного электрода на одно межреберье вверх и вниз от позиции грудных электродов для регистрации однополюсных грудных отведений.

Методика отведений по Нэбу такова: электрод (с правой руки) располагается во втором межреберье справа у края грудины, 2-й электрод (с левой руки)—в месте проекции верхушечного толчка на заднюю подмышечную линию, 3-й (с левой ноги)—на месте верхушечного толчка, между каждой парой точек регистрируются 3 отведения: D (dorsalis), A (anterior), I (inferior) на контактах I, II, III. Исследование проводилось аппаратом ЭКПСЧ.

Под наблюдением находилось 57 больных, из них 20 женщин, 37 мужчин; преобладал возраст 50—60 лет—27 человек ($48 \pm 8\%$), причем из них 20 мужчин ($74 \pm 9\%$) и только 7 женщин.

Со стенокардией напряжения было 28 больных, покоя—29. Без недостаточности кровообращения—19 больных, с I стадией—24, со IIА—14. В положении электрокардиографической оси сердца: левограмма—у 18 больных ($31 \pm 6\%$), горизонтальное—у 19 ($34 \pm 6\%$). Нормальный вольтаж был у большинства (37) больных—($65 \pm 6\%$); нарушение ритма у 15 ($27 \pm 6\%$).

Анализу подвергались все элементы ЭКГ, но в настоящей статье обсуждаются

только изменения конечной части желудочкового комплекса—сегмента RS-t и зубца Т. По нашим данным, наиболее существенные и часто встречающиеся явления коронарной недостаточности проявились в смещении сегмента RS-t ниже изолинии ($51 \pm 7\%$), изменения зубца Т—уплощенным ($42 \pm 7\%$), отрицательным ($19 \pm 5\%$), положительным коронарным ($19 \pm 5\%$). Аналогичные изменения выявлены при интерпретации ЭКГ-показателей «высоких» и «низких» грудных отведений (в 100%).

При сравнении с отведениями по Нэбу было выявлено следующее: в отведении А на 2 мм выше в 4 случаях зубец Т положительный коронарный, чем в V_4 ; в отведении J на 3 мм глубже был отрицательный зубец Т в 2 случаях, чем в V_4 ; в отведении D на 2 мм глубже зубец Т, чем в V_4 .

В остальных 50 ($87 \pm 5\%$) изменения идентичны электрокардиограмме в 13 обычных отведениях. На основании вышеизложенного можно сделать следующее заключение: топографические отведения—«высокие» и «низкие» грудные отведения могут быть полезны в диагностике хронической коронарной недостаточности. Отведение А (по Нэбу) с большей чувствительностью ($13 \pm 5\%$) выявляет нарушение процессов реполяризации в передней стенке левого желудочка и может явиться дополнительным показателем в оценке коронарного кровообращения.

Украинский институт усовершенствования врачей

Поступило 24/XI 1976 г.

Վ. Վ. ԲՈՆԴԱՐ

ԱՐՏԱԾԾԱՆ ՏԵԼԱԳՐԱԿԱՆ ՑՈՒՑԱՆԻՇՆԵՐԻ ԲՆՈՒԹԱԳՐՈՒՄԸ
ՊՍԱԿԱՅԻՆ ԱԹԵՐՈՍԿԼԵՐՈԶԻ ԺԱՄԱՆԱԿ

Ա մ փ ո փ ո լ մ

Հետ ներքի մեծ զգայնությունը արտածումները առաջացնում են ռեպոլարիզացիայի պրոցեսների խանգարումներ և կարող են լրացուցիչ չափանիշ հանդիսանալ պսակաձև արյան շրջանառությունը գնահատելու:

V. V. BONDAR

CHARACTERISTIC OF TOPOGRAPHIC LEADS' INDICES
IN CORONARY ATHEROSCLEROSIS

S u m m a r y

The leads by Nabb with more sensibility have revealed the disturbances of repolarization processes and can be the additional criterion in assessment of coronary circulation.

УДК 616.12.009.72:073.75

М. М. КОНЮХОВА

ПРОБА ВАЛЬСАЛВЫ В РЕНТГЕНОДИАГНОСТИКЕ
АНЕВРИЗМ СЕРДЦА

По данным разных авторов, аневризма сердца развивается у 20—88% больных, перенесших инфаркт миокарда. При обычном рентгенологическом исследовании при жизни она распознается всего лишь в 9—39% случаев. Поэтому изыскание новых методов своевременной рентгенодиагностики этого осложнения является актуальным.