

Ю. И. БУЗИАШВИЛИ, Л. Р. ВАХИДОВ

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ  
АТРЕЗИИ ПРАВОГО АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОГО  
ОТВЕРСТИЯ И ЕДИНСТВЕННОГО ЖЕЛУДОЧКА ПО  
ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКИМ ДАННЫМ

В клинической практике укоренилось мнение, что левограмма у больного с врожденным пороком сердца синего типа является прямым указанием на атрезию правого атриовентрикулярного отверстия, и что левограмма—краеугольный камень в диагностике данного порока. Жизнь внесла в это представление двойные коррективы. С одной стороны, по мере накопления наблюдений выявилось, что при атрезии правого атриовентрикулярного отверстия может выявляться не только левограмма, но и горизонтальное расположение электрической оси сердца, нормограмма, вертикальное расположение электрической оси сердца, а в ряде случаев и правограмма. С другой стороны, оказалось, что и при некоторых других пороках сердца синего типа может также иметься левограмма. Различны ли при этом электрокардиограммы? Можно ли в этих случаях по изменениям электрокардиограмм заподозрить наличие атрезии правого атриовентрикулярного отверстия и отличить ее от других врожденных пороков сердца с наличием левограммы? В целях выяснения этих вопросов мы сопоставили полученные данные об изменениях электрокардиограмм у 50 больных с атрезией правого атриовентрикулярного отверстия с изменениями электрокардиограммы у 10 больных с единственным желудочком—левожелудочкового типа с наличием левограммы. Возраст больных в I и II группах колебался от 5 мес. до 3 лет. Диагноз у всех больных был подтвержден данными ангиокардиографии и зондирования сердца, а у умерших больных—данными вскрытия. Величина  $\alpha$  варьировал в пределах от 19 до 76°. Учитывая наличие левограмм при обоих пороках, мы основой для дифференциальной диагностики сделали выявления различий в грудных отведениях. В результате проведенных сопоставлений нам удалось выявить четкие различия, позволяющие с успехом проводить дифференциальную диагностику между атрезией правого атриовентрикулярного отверстия и единственным желудочком левожелудочкового типа с наличием левограммы.

1. При атрезии правого атриовентрикулярного отверстия зубец

$Sv_1$ , как правило, является ведущим зубцом QRS комплекса и определяет преимущественное его направление вниз. Средняя величина зубца  $Sv_1$ —15,5 мм. При единственном желудочке в отведении также имелись зубцы S, но они были менее глубокими (средняя величина 10,2 мм). Обращало на себя внимание, что при атрезии правого атриовентрикулярного отверстия зубцы R в отведении  $v_1$  были значительно меньше зубцов  $Sv_1$ —их средняя величина равнялась 5,3 мм, т. е. зубцы S в этом отведении у подавляющего большинства больных были в 3 раза больше зубцов R. При единственном желудочке средняя величина зубцов  $Rv_1$  составляла 11 мм, т. е. она была не только в 2 раза больше зубцов R при атрезии правого атриовентрикулярного отверстия, но и практически равнялась величине зубцов S.

2. Отношение  $R/S$  в отведениях  $v_1 \leq 1$  при атрезии правого атриовентрикулярного отверстия встречалось у 96,7% и было одним из наиболее частых, типовых признаков при этом пороке. При единственном желудочке отношение  $R/S$   $v_1 \leq 1$  тоже встречалось, но только в 57% случаев. Главным, однако, является не само наличие этого признака, а то обстоятельство, что при атрезии правого атриовентрикулярного отверстия это соотношение, как правило, было значительно меньше 1, а при единственном желудочке оно наиболее часто было равным 1.

3. При атрезии правого атриовентрикулярного отверстия зубцы R в отведении  $v_6$  обычно не были высокого вольтажа и не соответствовали критериям левожелудочковой гипертрофии (средняя величина их равнялась 10,4 мм). При единственном желудочке зубцы R в отведении  $v_6$  были значительно больше (средняя величина их равнялась 15,6 мм).

4. Для атрезии правого атриовентрикулярного отверстия типичным, по нашим данным, является отсутствие зубцов S в отведении  $v_6$ . Мы это отмечали у 94,1% больных. У больных с единственным желудочком зубец S в отведении  $v_6$  встречался у 87% больных, т. е. его отсутствие было зафиксировано только у 13% больных. Мало того, средняя его величина равнялась 10,7 мм.

Следует отметить, что помимо основных различий нужно обращать внимание на следующие критерии: а) при атрезии правого атриовентрикулярного отверстия зубцы  $R \geq 5$  мм в отведении  $aVR$  обычно не фиксируются (мы их не обнаружили ни у одного из обследованных нами больных); при единственном желудочке средняя величина зубцов  $RaVR$  равнялась 5,3 мм; б) при атрезии правого атриовентрикулярного отверстия значительно чаще, чем при единственном желудочке, встречаются высокие остроконечные зубцы R, являющиеся признаком гипертрофии правого предсердия.

Таковы, по нашим данным, основные дифференциально-диагностические различия электрокардиограмм при атрезии правого атриовентрикулярного отверстия и единственном желудочке левожелудочкового типа.

Приведенные здесь данные могут представлять интерес для специалистов, занимающихся проблемами диагностики и хирургического лечения врожденных пороков сердца.

Согласно Anderson с соавт. (1979), атрезию правого атриоventрикулярного отверстия следует расценивать как одну из форм единственного желудочка. Частое наличие левограммы при этих пороках подтверждает правомочность таких рассуждений. Однако различие в электрокардиографических признаках гипертрофии левого желудочка между ними свидетельствует о неполной идентичности морфологии при этих пороках. Настоящее исследование и было предпринято с целью выявления различий между ними.

Институт сердечно-сосудистой хирургии им. А. Н. Бакулева Поступила 25/V 1981 г.

ՅՈՒ. Ի. ԲՈՒԶԻԱՇՎԻԼԻ, Լ. Բ. ՎԱԽԻԴՈՎ

ԱՁ ՆԱԽԱՍԻՐՏ-ՓՈՐՈՔԱՅԻՆ ԲԱՅՎԱՇՔԻ ԵՎ ՄԻԱԿ ՓՈՐՈՔԻ  
ԱՆԱՆՑՔՈՒԹՅԱՄԲ ՏԱՐԲԵՐԱԿԻԶ-ԱԽՏՈՐՈՇԻԶ ՉԱՓԱՆԻՇՆԵՐԸ  
ԸՍՏ ԷԼԵԿՏՐԱՍՐՏԱԳՐՈՒԹՅԱՆ ՏՎՅԱԼՆԵՐԻ

Ա մ փ ն փ ո լ մ

*Ուսումնասիրված են աչ նախասիրտ-փորոքային բացվածքի և ձախ փորոքային տիպի միակ փորոքի անանցքոթյամբ հիվանդների էլեկտրասրտագրերը:*

*Ներկայումս, երբ արատների տոպիկական ախտորոշման նկատմամբ հետազոտությունը բավականին աճել է, հայտնաբերված տվյալները ներկայացնում են հետազոտություն, առավել ևս, որ մեր կողմից ուսումնասիրված արատների ժամանակ կլինիկական պատկերը և էլեկտրասրտագրական տվյալները ունեն ընդհանուր շատ բաներ, և տարբերակել նրանց ըստ էլեկտրասրտագրական տվյալների՝ հնարավոր է միայն ձախ փորոքի գերաճի նշաններով:*

Yu. I. Bouziashvili, L. R. Vakhidov

Differential-Diagnostical Criteria of Artesia of the Right  
Atrioventricular Opening and the Only Ventricle According  
to Electrocardiographic Data

S u m m a r y

Now, when the interest to the topic diagnosis of the defects has grown significantly, the data obtained are of great significance. In the both defects, observed by the authors, the clinical picture and electrocardiographic data have much in common, and it is possible to differentiate them according to the electrocardiographic data only by the signs of the left ventricle hypertrophy.

УДК 616.1:615.71

Н. Г. ДУНДУА, И. И. КАЛАНДАРИШВИЛИ, Н. Г. ЛЕБАНИДЗЕ,  
З. Н. ОДИЛАВАДЗЕ, В. Г. ЦЕРАВА

ИЗМЕНЕНИЯ ФУНКЦИЙ БОЛЬШОГО И МАЛОГО КРУГА  
КРОВООБРАЩЕНИЯ ПОСЛЕ ВНУТРИВЕННОГО  
ВВЕДЕНИЯ НИТРОГЛИЦЕРИНА

Клиническое применение нитроглицерина (НГ) в настоящее время не ограничивается лечением синдрома стенокардии. Такие эффекты,