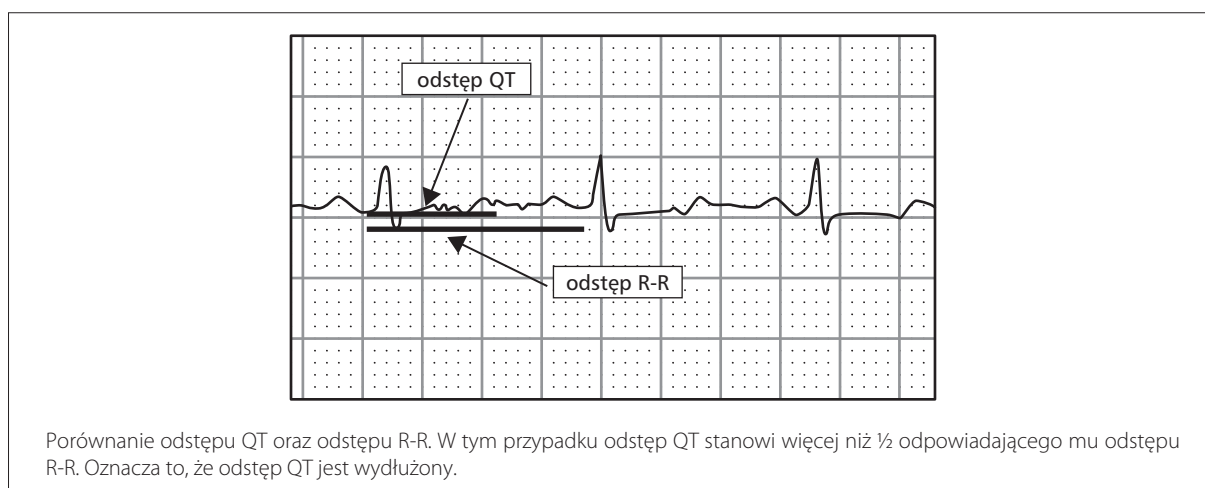


Rycina do opisu przypadku nr 188. Wydłużenie odstępu QT



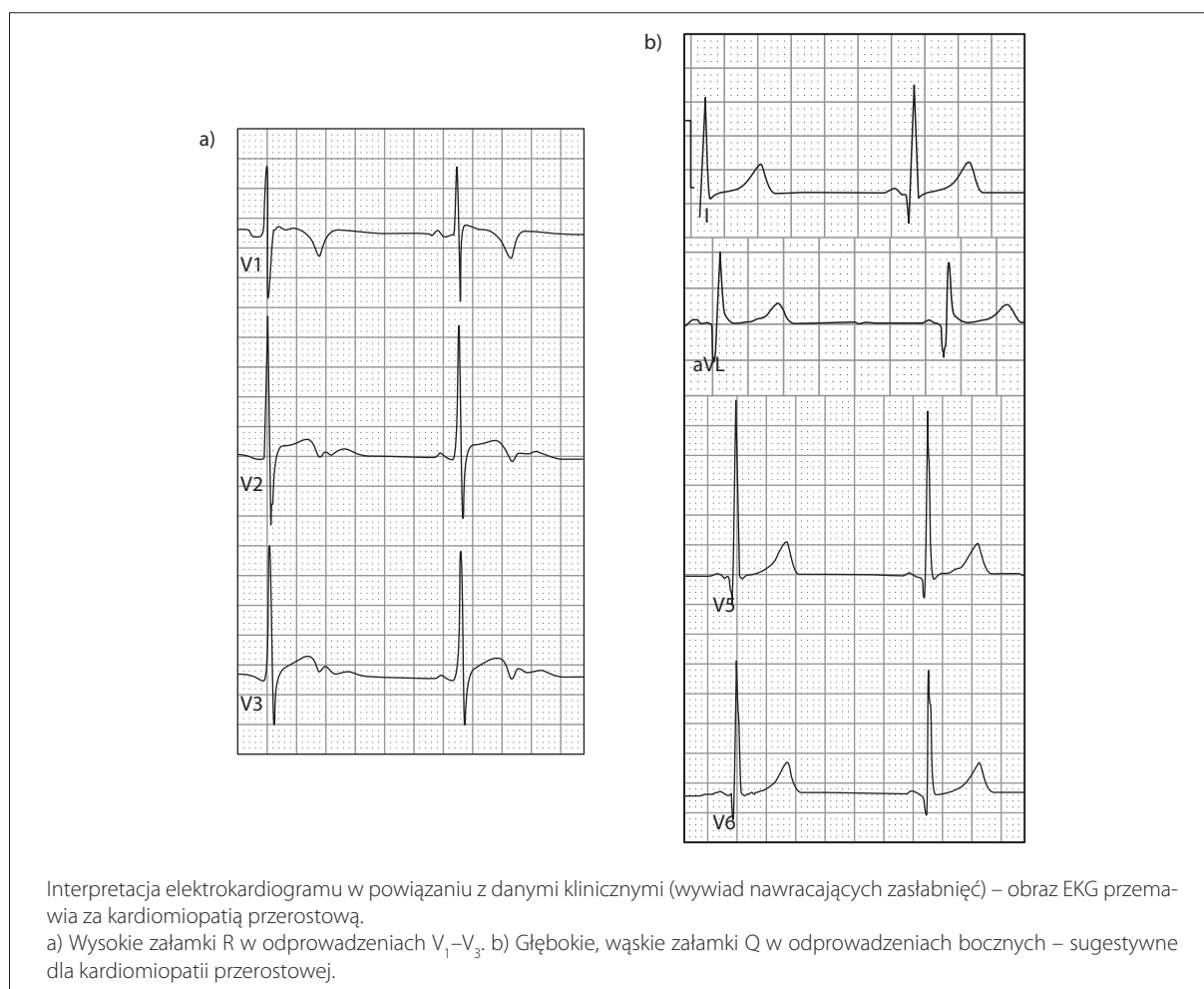
mia. Na oddziale ratunkowym u pacjenta występowały nawracające incydenty *torsade de pointes*. Pacjent otrzymał dożylny wlew wapnia (na podstawie jedynie cech elektrokardiograficznych). Jak się okazało później, poziom wapnia w surowicy wynosił 4,8 mg/dl (wartości referencyjne: 8,8–10,2 mg/dl). Zobacz rycina na następnej stronie.

189. Bradykardia zatokowa, częstotliwość 46/min, łagodna wczesna repolaryzacja, wysoki woltaż w odprowadzeniach lewokomorowych oraz załamki Q w odprowadzeniach bocznych sugestywne dla kardiomiopatii przerostowej.

W odprowadzeniach przedsercowych amplituda zespołów QRS jest duża. U młodych pacjentów taki obraz określa się jako wysoki woltaż odprowadzeń lewokomorowych. Rozpoznanie przerostu lewej komory rezerwuje się dla pacjentów w wieku powyżej 40 lat. Łagodne uniesienie odcinka ST w odprowadzeniach przedsercowych ze strefy pośredniej (często występujące u młodych mężczyzn) można traktować jako łagodną wczesną repolaryzację (pod warunkiem że nie występują inne charakterystyczne dla ostrego zawału serca nieprawidłowości: zmiany dynamiczne, lustrzane obniżenia odcinka ST, wypukłe do góry uniesienia odcinka ST, uniesienia odcinka ST w innych odprowadzeniach). W odprowadzeniu V_1 załamek R jest stosunkowo wysoki (wielkość załamek R zbliża się do wielkości załamek S lub ją przekracza). Rozpoznanie różnicowe obejmuje: zespół WPW, zawał ściany tylnej serca, pełny lub niepełny RBBB, arytmie komorową, przerost prawej komory, ostre przeciążenie prawej komory (np. masywny zator tętnicy płucnej), kardiomiopatię przerostową, postępującą dystrofię mięśniową, dekstrokardię i omyłkowe przełożenie elektrod. Spośród stanów wymienionych powyżej, przy uwzględnieniu obecności wysokiego woltażu odprowadzeń lewokomorowych (typowego dla kardiomiopatii przerostowej), rozpoznanie kardiomiopatii przerostowej jest najbardziej prawdopodobne. Na takie rozpoznanie wskazuje ponadto obecność głębokich, wąskich załamek Q w odprowadzeniach V_5 – V_6 oraz (szczególnie) w odprowadzeniach I i aVL. Takie załamki Q są często błędnie rozpoznawane jako ślad przebytego bocznego zawału serca – nie są to jednak załamki Q związane z zawałem, gdyż są zbyt wąskie (< 40 ms). Współwystępowanie głębokich, wąskich załamek Q w odprowadzeniach bocznych oraz cech wysokiego woltażu lewej komory u młodego pacjenta z nawracającymi zasłabnięciami budzi silne podejrzenie kardiomiopatii przerostowej. Dopplerowskie badanie echokardiograficzne potwierdziło obecność kardiomiopatii przerostowej, rozpoczęto leczenie β -blokerami. Zobacz rycina na następnej stronie.

190. Częstoskurcz komorowy lub tachykardia zatokowa z aberracją przewodzenia, częstotliwość 143/min. W tym trudnym do określenia rytmie serca nie jest pewne czy małe, dodatnie wychylenia znajdujące się pomiędzy większymi zespołami QRS (odprowadzenie V_1) odpowiadają załomkom P, wstecznym załomkom P czy też załomkom T, jednak załamki T tej wielkości byłyby czymś niezwykłym. Nawet po wykluczeniu załamek T zróżnicowanie, czy jest to VT (z wstecznymi załomkami P), czy tachykardia zatokowa z aberracją przewodzenia, nie jest możliwe. Jediną podpowiedzią jest szerokość zespołów QRS. Tak szerokie zespoły QRS (> 200 ms) są nietypowe dla VT. Poszerzenie zespołów QRS o takim nasileniu najczęściej jest związane z zaburzeniami metabolicznymi powodującymi aberrację przewodzenia, np. z istotną hiperkaliemią. W analizowanym przypadku zdecydowano o podaniu dwuwęglanu sodu, co spowodowało zwolnienie rytmu oraz zwężenie zespołów QRS – potwierdzono tym samym hiperkalie-

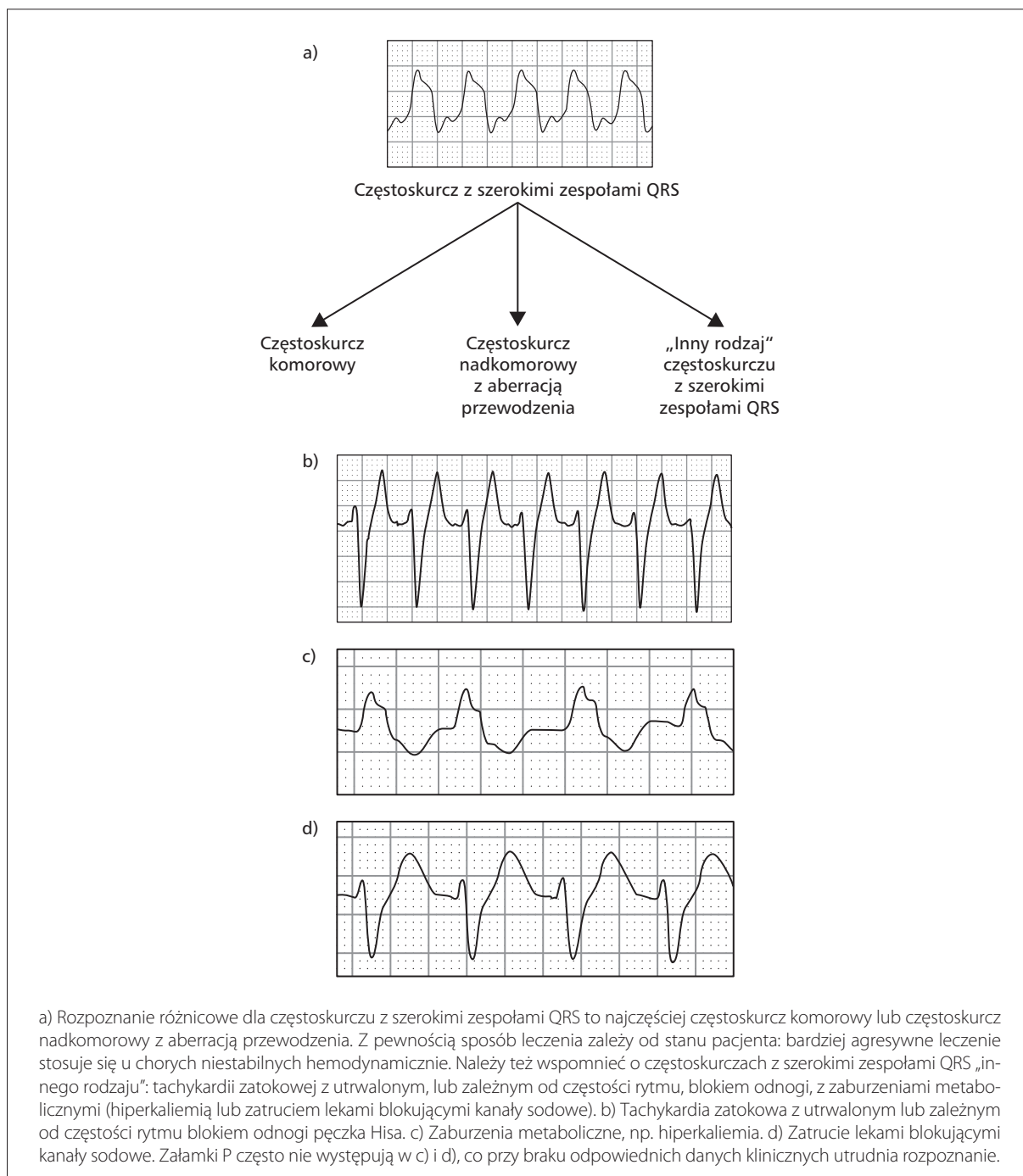
Rycina do opisu przypadku nr 189



mię. Okazało się później, że poziom potasu w surowicy wynosił 9,1 mEq/l (wartości referencyjne: 3,5–5,3 mEq/l). Należy jeszcze dodać, że zdarza się, iż w ostrym zawałe serca występują bardzo szerokie zespoły QRS. Jest to wówczas spowodowane nachodzeniem na siebie uniesionych odcinków ST oraz zespołów QRS w odprowadzeniach przednich. W tym jednak przypadku odchylenie osi elektrycznej serca w prawo oraz morfologia zespołów QRS w odprowadzeniu I wykluczają takie rozpoznanie. W zawałe serca za odchylenie osi elektrycznej w prawo odpowiadają duże załamki Q w odprowadzeniu I. Zespoły QRS w odprowadzeniu I są zbyt szerokie, aby posiadać duże załamki Q. Nie występują też lustrzane obniżenia odcinków ST, dlatego też należy wykluczyć ostry zawał serca. Zobacz rycina na następnej stronie.

191. **Rytm zatokowy, częstotliwość 90/min, zespół WPW, liczne dodatkowe pobudzenia komorowe układające się w bigeminię, niedokrwienie ściany przedniej lub ostry zawał ściany tylnej serca.** Odstęp PR pomiędzy załawkami P a zespołami QRS, które po nich następują, jest skrócony. Występują również fale delta (najlepiej widoczne w odprowadzeniach bocznych), co pozwala rozpoznać zespół WPW. Pomiedzy tymi pobudzeniami pojawiają się dodatkowe pobudzenia komorowe, które układają się w bigeminię komorową. Przewodzenie poprzez drogę dodatkową w zespole WPW zwykle powoduje powstanie załawków Q w odprowadzeniach dolnych oraz odchylenie osi elektrycznej serca w lewo. Nie można tego traktować jako cech przebytego zawału serca, lecz jako efekt typowy dla zespołu WPW. Inną cechą zespołu WPW, która przypomina zawał serca, są wysokie załamki R w prawostronnych odprowadzeniach przedsercowych – wówczas „naśladują” one ostry zawał ściany tylnej serca. Do obrazu zespołu WPW nie należą jednak głębokie obniżenia odcinka ST w tych odprowadzeniach, takie zmiany należy traktować jako efekt niedokrwienia ściany przedniej serca lub jako ostry zawał ściany tylnej. W tym przypadku

Rycina do opisu przypadku nr 190



zastosowano odprowadzenia tylne do oceny niedokrwienia serca. Obniżenia odcinka ST wycofały się po podaniu nitrogliceryny. U pacjenta wykonano PCI krytycznie zwężonej LAD, a następnie przeprowadzono operację pomostowania aortalno-wieńcowego.

192. **Migotanie przedsionków z blokiem przedsionkowo-komorowym III^o, przyspieszony rytm idiowentrikularny, częstotliwość 64/min, rytm sugeruje przynarparstnicowanie.** Rytmem nadkomorowym jest migotanie przedsionków, jednak migotanie przedsionków przebiega z niemiarową odpowiedzią komór. W omawianym przypadku rytm komór jest miarowy. Taka sytuacja może mieć miejsce jedynie w sytuacji, gdy pobudzenia przedsionkowe są