

Komentarz redakcyjny

prof. dr hab. n. med. Dariusz Kozłowski

Klinika Kardiologii i Elektroterapii Serca, II Katedra Kardiologii, Gdański Uniwersytet Medyczny, Gdańsk



Badanie elektrokardiograficzne to jedna z najstarszych technik diagnostycznych stosowanych w kardiologii. Wprowadzone w 1901 r. przez Wilhelma Einthovena, praktycznie do dziś pozostało bez większych zmian. Interpretacja zapisu elektrokardiograficznego jest sztuką. Wielki specjalista w tej dziedzinie — prof. Leo Shamroth sformułował jakże trafną zasadę, której musimy przestrzegać:

„znajdujemy to, czego szukamy, rozpoznajemy to, co znamy”. Mimo że zasada ta jest bardzo trafna, to nie zawsze łatwo ją zastosować podczas analizy elektrokardiogramu [1]. Przedstawiony przez autorkę opis 45-letniej chorej przyjętej do szpitala z powodu silnego bólu zastoiskowego dobrze wpisuje się w tę zasadę [2].

U pacjentki z powodu incydentu wieńcowego, potwierdzonego uważną analizą elektrokardiogramu (patologiczne załamki Q w dwóch sąsiadujących odprowadzeniach III, aVF, uniesienia ST-T < 1 mm, ujemne załamki T > 1 mm), wykonano pilną koronarografię. Jednak w badaniu nie zaobserwowano istotnych hemodynamicznie przewężeń uzasadniających obecny incydent wieńcowy. Również nie stwierdzono innych zmian przemawiających za istnieniem choroby niedokrwiennej serca. U opisywanej chorej wdrożono więc diagnostykę różnicową i ostatecznie rozpoznano zator tętnicy płucnej.

Autorka artykułu bardzo skrupulatnie przedstawiła zasady „elektrokardiograficznego” rozpoznania zatorowości płucnej. Należy dodać, że załamki Q zawsze stanowiły pewną trudność w interpretacji [3]. Wiadomo jednak, że występowanie załamka Q w niektórych odprowadzeniach (V_1, V_2, V_3) uznaje się za nieprawidłowe, podobnie jak jego nieobecność w odprowadzeniach V_5, V_6 . We wszystkich innych (z wyjątkiem III i aVR) może pojawić się co najwyżej bardzo mały „prawidłowy” załamek Q (górne granice normy dla załamka to < 0,03 s, a dla V_4 < 0,02 s). Natomiast w III i aVR, niezależnie od wielkości, występowanie załamka Q jest właściwie zjawiskiem prawidłowym. Skąd więc patologiczne załamki Q w opisywanym przypadku? Są one wyrazem gwałtownej dylatacji prawej połowy serca (q w V_1) i zwiększonego naprężenia miokardium tej części serca (Q w III). Chcę jedynie dodać, że niektóre objawy, jak np.

McGinna-White’a czy Kuchera, mają nie tylko znaczenie diagnostyczne, ale także rokownicze. Okazuje się, że śmiertelność wewnątrzszpitalna jest istotnie wyższa u chorych, u których w elektrokardiogramie można stwierdzić: objaw McGinna-White’a (S1Q3T3), ujemne załamki T (V_2-V_4), obniżenie ST-T (V_4-V_6), uniesienie ST-T (III, V_1 , aVR), objaw Kuchera (qR, QR w V_1), zupełny blok prawej odnogi pęczka Hisa (*complete* RBBB). Najsilniejszymi predyktorami okazały się objawy S1Q3T3, QR, zmiany ST-T (uniesienia i obniżenia) oraz RBBB [4].

Podsumowując, chciałbym się odnieść do symptomatologii powyższego przypadku. Kiedy mamy do czynienia z pacjentem z bólem w klatce piersiowej, to główne różnicowanie obejmuje najczęstsze jego przyczyny: ostry zespół wieńcowy, zapalenie osierdzia, tętniak rozwarstwiający aorty czy napadową arytmie. Istnieje jednak wiele pozasercowych przyczyn powyższych dolegliwości: zmiany w kręgosłupie i inne schorzenia kostno-stawowo-mięśniowe, schorzenia układu oddechowego (zapalenie płuc, odma opłucnowa czy zatorowość płucna), układu pokarmowego (skurcz przełyku, przepuklina rozworu przełykowego, kamica dróg żółciowych) [5]. Postępowanie ostrodyżurowe opiera się właściwie na 4 głównych zasadach: wywiad, badanie przedmiotowe, standardowy elektrokardiogram i badania krwi. Za ich pomocą powinno się uzyskać podstawowe informacje dotyczące leżącej u podłoża objawów choroby. Jeżeli jednak po przeprowadzeniu powyższych badań nie uzyska się ostatecznego rozpoznania, w celu jego ustalenia należy prowadzić dalszą diagnostykę (badanie echokardiograficzne, koronarografia). Jedynie bowiem szybkie usunięcie przyczyny może stanowczo wpłynąć na uratowanie chorego.

Konflikt interesów: nie zgłoszono

Piśmiennictwo

1. Kozłowski D. Różnicowanie częstoskurczów. Część I. Akademia Medycyny, Warszawa 2009.
2. Kurpesa M. Patologiczny załamek Q nie jedno ma oblicze. *Kardiologia Polska*, 2012; 70: 1299–1300.
3. Wagner GS. *Elektrokardiografia praktyczna*, Urban & Partner, Wrocław 1999.
4. Kukla P, Długopolski R, Krupa E et al. Electrocardiography and prognosis of patients with acute pulmonary embolism. *Cardiol J*, 2011; 18: 648–653.
5. Bayes de Luna A. *Elektrokardiografia kliniczna*. Via Medica, Gdańsk, 1998.