

## Przypadki kliniczne EKG

Przedrukowano z: Mukherjee D. ECG Cases pocket. Börm Bruckmeier Publishing LLC, Hermosa Beach, CA, 2006: 155–158 (przypadek 36); 175–178 (przypadek 41)

### PRZYPADEK NR 1

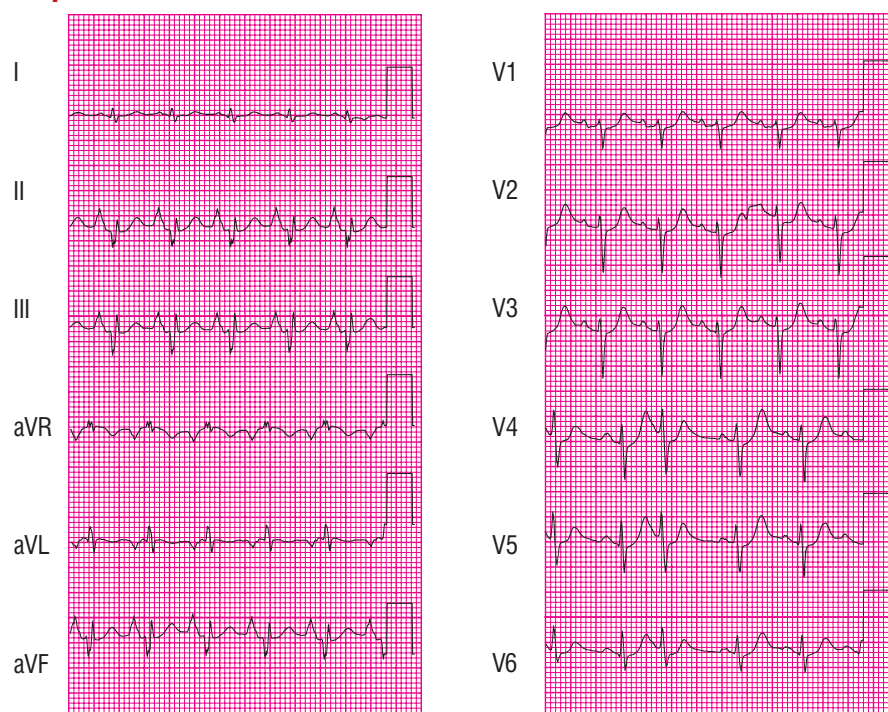
#### 1.1. Scenariusz kliniczny

Do gabinetu zgłosił się 47-letni chory z objawami duszności. Pacjent nałogowo pali papierosy (30 paczkołat), dodatkowo jest obciążony nadciśnieniem tętniczym. W badaniu przedmiotowym zaobserwowano istotne zwiększenie liczby oddechów (*tachypnoe*) oraz wyraźnie świszczący oddech. Pacjent nie gorączkował, akcja serca wynosiła 130 uderzeń/min, częstość oddechów — 22/min, a ciśnienie tętnicze — 127/69 mm Hg. W badaniu przedmiotowym układu sercowo-naczyniowego widoczne było poszerzenie żył szyjnych, podczas osłuchiwania serca stwierdzono galop serca (obecność IV tonu serca). Podczas osłuchiwania pól płucnych stwierdzono obustronne rżężenia.

#### 1.2. Pytania

1. Jakie jest najbardziej prawdopodobne rozpoznanie?
2. Co przedstawia zapis EKG?
3. Jaki jest optymalny sposób leczenia tego chorego?

#### 1.3. Zapis EKG



#### 1.4. Odpowiedzi

1. Najbardziej prawdopodobnym rozpoznaniem klinicznym jest zaostrzenie przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (POChP).
2. W wykonanym 12-odprowadzeniowym badaniu elektrokardiograficznym (EKG) widoczna jest tachykardia zatokowa (kod ABIM # 10) z wysokim voltażem załamka P w odprawieniach II, III, aVF, co odpowiada rozpoznaniu **powiększenia prawego przedsionka mięśnia sercowego** (kod ABIM # 5), a także widoczne są przedwczesne, dodatkowe pobudzenia przedsionkowe (kod ABIM # 13). Powyższy zapis EKG doskonale obrazuje konstelację różnych zmian elektrokardiograficznych, które w całości sugerują rozpoznanie przewlekłej obturacyjnej choroby płuc: tachykardię zatokową, *P pulmonale* oraz słabą progresję voltażu załamka P w obrębie odprawień przedsercowych (zgodną z kierunkiem ruchu wskazówek zegara).
3. Zaostrzenie POChP charakteryzuje się wysokimi współczynnikami zachorowalności oraz śmiertelności. Zaostrzenie POChP, które wymaga przyjęcia do szpitala wiąże się z około 3–4-procentowym współczynnikiem śmiertelności wewnątrzszpitalnej. U wszystkich chorych zaleca się wczesne i intensywne leczenie z zastosowaniem leków rozszerzających oskrzela, kortykosteroidów oraz antybiotyków. Do wskazań do mechanicznej wentylacji u chorych z zaostrzeniem POChP należy zaliczyć zwiększony wysiłek oddechowy z częstością oddechu przekraczającą 30/min, umiarkowaną lub ciężką kwasicę oddechową, zaburzenia świadomości oraz zatrzymanie oddechu.

### PRZYPADK NR 2

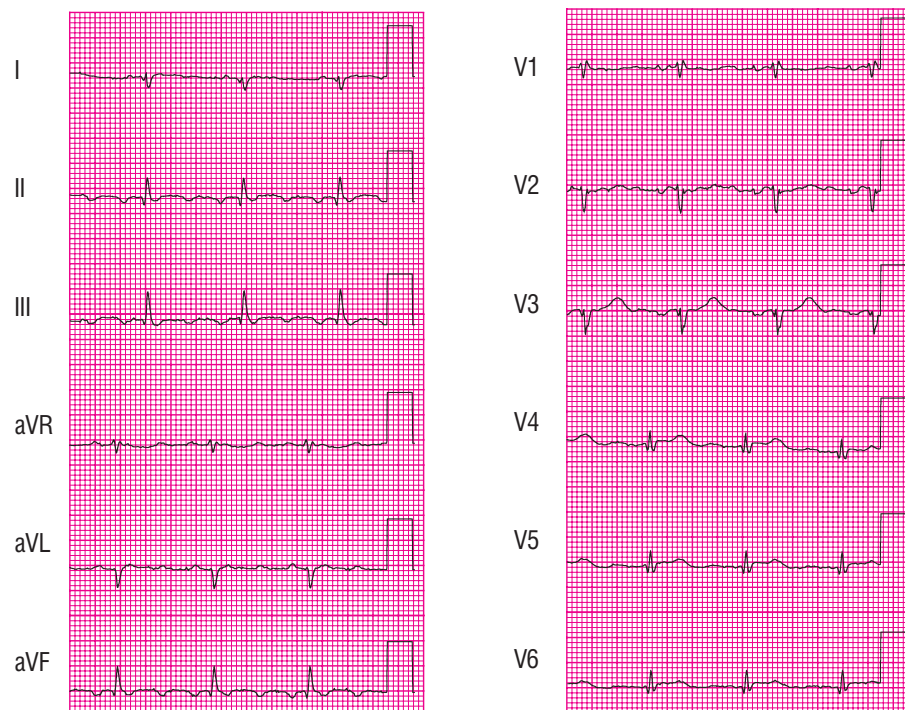
#### 2.1. Scenariusz kliniczny

Do gabinetu zgłosił się 65-letni chory w celu wykonania kontrolnego badania lekarskiego w 6. tygodniu po wykonanym przeszczepieniu mięśnia sercowego. Pacjent czuł się dobrze i nie zgłaszał żadnych patologicznych objawów z zakresu układu sercowo-naczyniowego. W wywiadzie stwierdzono nadciśnienie tętnicze oraz kardiomiopatię rozstrzeniową. Podczas badania przedmiotowego chory był pobudzony, jednak bez jakichkolwiek cech stanu zagrożenia życia. Pacjent nie gorączkował, akcja serca wynosiła 79 uderzeń/min, częstość oddechów — 14/min, a ciśnienie tętnicze — 107/66 mm Hg. W badaniu przedmiotowym układu sercowo-naczyniowego stwierdzono słyszalny szmer skurczowy nad sercem o głośności I/VI. Zlecono wykonanie 12-odprowadzeniowego EKG.

#### 2.2. Pytania

1. Co przedstawia zapis EKG?
2. Jaki jest optymalny sposób leczenia tego chorego?

### 2.3. Zapis EKG



### 2.4. Odpowiedzi

1. W wykonanym 12-odprowadzeniowym EKG widoczny jest rytm zatokowy (kod ABIM # 7), jak również **trzepotanie przedsionków** (kod ABIM # 18). Jest to unikalna sytuacja kliniczna obserwowana u pacjenta po przeszczepieniu mięśnia sercowego, gdzie w powierzchniowym zapisie EKG można zaobserwować dwie oddzielne fale depolaryzacji przedsionka. Zjawisko to powstaje w momencie, gdy do pozostawionego fragmentu mięśnia lewego przedsionka biorcy (który nie został usunięty) doszywa się transplantowane serce dawcy. Na skutek tego zabiegu w powierzchniowym zapisie EKG można zaobserwować dwie fale depolaryzacji — własną biorcy oraz dawcy.
2. Jeżeli przedstawiona powyżej arytmia bierze swój początek w pozostawionej części przedsionka biorcy, a jej przebieg jest bezobjawowy, dalsze leczenie tego stanu nie jest konieczne. Objawowe arytmie u pacjentów po przeszczepieniu mięśnia sercowego mogą pośrednio brać swój początek w przedsionku serca dawcy i przenosić się poprzez dwukierunkowe połączenie międzyprzedsionkowe (biorca–dawca) do mięśnia sercowego komór biorcy. W takich sytuacjach skuteczną formą leczenia jest zabieg przeskórnej ablacji z zastosowaniem prądu o częstotliwości radiowej.