

## Przypadki kliniczne EKG

Przedrukowano z: Mukherjee D. ECG Cases pocket. Börm Bruckmeier Publishing LLC, Hermosa Beach, CA, 2006: 205–208 (przypadek 48); 229–232 (przypadek 54)

### PRZYPADEK NR 1

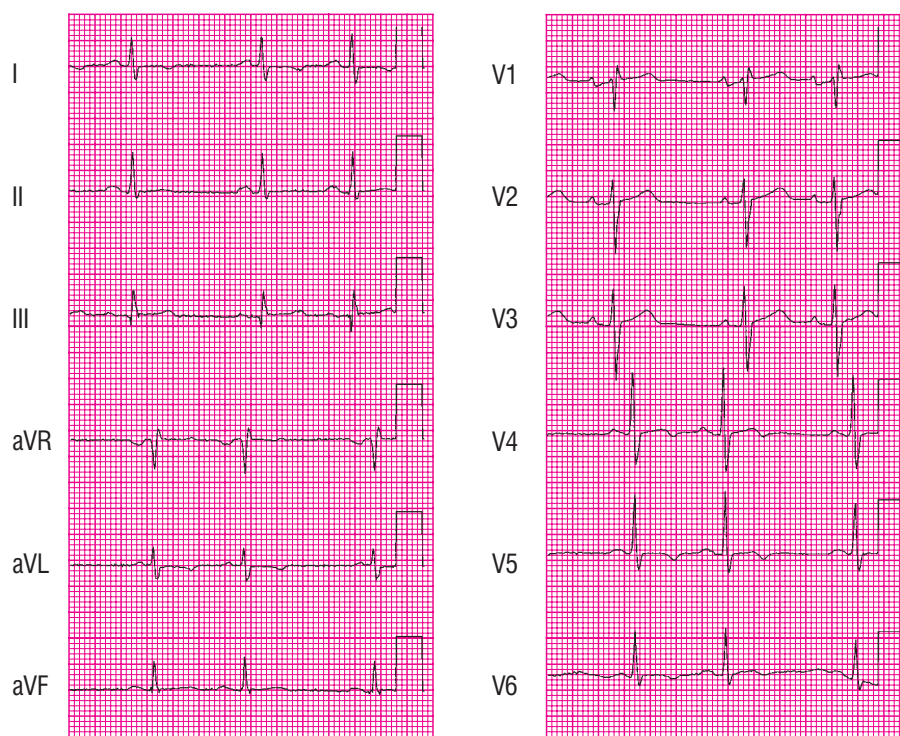
#### 1.1. Scenariusz kliniczny

Do gabinetu lekarskiego zgłosił się 62-letni mężczyzna w celu oceny układu krążenia. Do tej pory pacjent chorował na nadciśnienie tętnicze oraz przewlekłą obturacyjną chorobę płuc. Podczas badania fizykalnego pacjent był przytomny, z dobrym kontaktem słownym, bez cech stanu zagrożenia życia. Chory nie gorączkował, częstość jego akcji serca wynosiła 70 uderzeń/min, częstość oddechu: 14/min, a ciśnienie tętnicze 129/65 mm Hg. W badaniu lekarskim układu krążenia słyszalne były prawidłowe tony serca, bez cech rytmu cwałowego, patologicznych szmerów czy tarcia osierdziowego. Zlecono wykonanie 12-odprowadzeniowego badania elektrokardiograficznego.

#### 1.2. Pytania

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

#### 1.3. Zapis EKG



## 1.4. Odpowiedzi

1. W wykonanym 12-odprowadzeniowym badaniu elektrokardiograficznym widoczny jest rytm zatokowy (kod ABIM # 7) powikłany blokiem zatokowo-przedsionkowym (SA, *sinoatrial*) 3:2 typu I (kod ABIM # 12) oraz niecałkowitym blokiem prawej odnogi pęczka Hisa (kod ABIM # 44).
2. W typie I bloku zatokowo-przedsionkowego czas trwania odstępu PP ulega stopniowemu skróceniu wraz z każdą kolejną ewolucją serca, aż dochodzi do wypadnięcia kolejnego załamka P (podobnie jak to jest w przypadku bloku przedsionkowo-komorowego stopnia II typu I), podczas gdy w przypadku typu II bloku zatokowego-przedsionkowego stopnia II czas trwania odstępu PP jest dokładną wielokrotnością czasu trwania cyklu zatokowego, a załamki P występują regularnie zarówno przed, jak i po wypadnięciu jednego z nich. Blok zatokowo-przedsionkowy zazwyczaj ma charakter przejściowy i nie powoduje istotnych objawów. Może występować u zdrowych osób z nasiloną aktywacją nerwu błędnego, ale może być także wykrywany u osób z chorobą wieńcową mięśnia sercowego, zawałem dolnej ściany serca oraz po zatruciu preparatami digoksyny. Pacjenci bezobjawowi nie wymagają w związku z tym schorzeniem żadnej formy leczenia.

## PRZYPADK NR 2

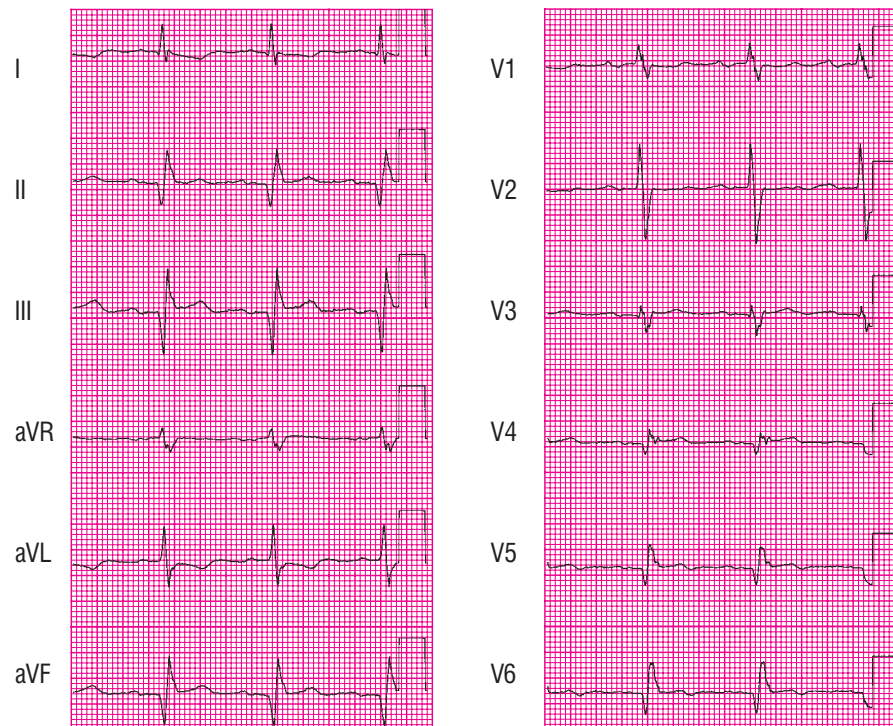
### 2.1. Scenariusz kliniczny

Pacjent to 75-letni mężczyzna, poddany badaniu w ramach oceny przedoperacyjnej przed zabiegiem z zakresu chirurgii naczyniowej. Pacjent zaprzeczał odczuwaniu jakichkolwiek bólów o charakterze dławicy piersiowej, jednak podczas badania okazało się, że prowadzi on skrajnie siedzący tryb życia oraz wykazuje minimalną aktywność fizyczną. Podczas badania fizykalnego chory nie gorączkował, częstość jego akcji serca wynosiła 71 uderzeń/min, a ciśnienie tętnicze 148/79 mm Hg. Zlecono wykonanie 12-odprowadzeniowego badania elektrokardiograficznego.

### 2.2. Pytania

1. Co przedstawia zapis elektrokardiograficzny?
2. Czy chory musi być poddany jakimkolwiek innym badaniom przed elektrycznym zabiegiem z zakresu chirurgii naczyniowej?

### 2.3. Zapis EKG



### 2.4. Odpowiedzi

1. W wykonanym 12-odprowadzeniowym badaniu elektrokardiograficznym widoczny jest rytm zatokowy (kod ABIM # 7) powikłany blokiem przedsionkowym-komorowym I stopnia (kod ABIM # 29). Widoczne są głębokie załamki Q w odprowadzeniach II, III, aVF, które odpowiadają przebytemu zawałowi dolnej ściany mięśnia sercowego (kod ABIM # 58), a także załamki R w odprowadzeniach V1–V2, co z kolei sugeruje przebyty zawał tylnej ściany mięśnia sercowego (kod ABIM # 60). W zapisie elektrokardiograficznym można także zauważyć śródkomorowe opóźnienie przewodnictwa (kod ABIM # 49).
2. Poddanie pacjentów ze słabą wydolnością czynnościową, u których planowe są wysokiego ryzyka zabiegi z zakresu chirurgii naczyniowej, dodatkowym nieinwazyjnym badaniem oceniającym ryzyko sercowe może przynieść tej grupie pacjentów wymierne korzyści. Rozpatrywany w tym przypadku kliniczny chory został poddany testowi obciążeniowemu z dobutaminą, który zakończył się wynikiem dodatnim. W wykonanym badaniu koronarograficznym wykryto zwężenie pnia lewej tętnicy wieńcowej oraz chorobę trójnaczyniową z istotnym uszkodzeniem niedokrwiennym mięśnia sercowego. W związku z powyższym chory przed zabiegiem chirurgicznym przeszedł skuteczną procedurę przezskórnej rewaskularyzacji wieńcowej.