

Komentarz redakcyjny

prof. dr hab. n. med. Krzysztof Wrabec

Ośrodek Badawczo-Rozwojowy, Oddział Kardiologii, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny, Wrocław



Mimo rzeczywistości burzliwego w ostatnim czasie rozwoju technik diagnostycznych w kardiologii, elektrokardiografia nie traci na znaczeniu. Jednocześnie mimo łatwości i tanioci wykonania, wcale nie jest dla lekarzy łatwą dziedziną specjalności. Elektrokardiografia wciąż stanowi najtrudniejszą część egzaminu specjalizacyjnego z kardiologii, którą niekiedy, w niektórych ośrodkach (egzamin nie jest zunifikowany w całej Polsce) jest naprawdę trudno zdać. Przewodnicząc lub uczestnicząc, jeszcze do niedawna, w komisjach egzaminacyjnych do specjalizacji z kardiologii, zadawałem sobie nieraz pytanie, czy w dzisiejszych czasach niesłychanego rozwoju techniki w kardiologii słusznie upieramy się przy egzekwowaniu tak szczegółowej znajomości elektrokardiografii — dawniej niemal jedynej, a obecnie jednej z wielu, technik kardiologicznych. Obserwowało się wtedy (nie wiem jak dzisiaj), że z im niższego rangą ośrodka pochodził zdający, tym większą wiedzę miał na temat elektrokardiografii, a w im węższej dziedzinie kardiologii (np. w hemodynamice) się w praktyce specjalizował, tym mniejszą... Teraz myślę, że choć elektrokardiografia stanowi metodę pośrednią, to jest nadal bardzo ważna i sporo na jej podstawie można się dowiedzieć o pacjencie. Dlatego od każdego specjalisty kardiologa należy wymagać opanowania rozsądnie do-

głębnej znajomości elektrokardiografii. *Nota bene* nadal uważam, że pamięć zdających kardiologię do przesady obciąża się koniecznością znajomości akronimów i, co z nich wynikało, wielkich badań klinicznych i zmieniających się wytycznych, które bez obciążania pamięci łatwo zawsze odnaleźć w internecie.

Elektrokardiografia jest metodą pośrednią, a koronarografia — bezpośrednią. Wydaje się, że dysponując obiema w konkretnym przypadku, można nie mieć żadnych wątpliwości. Autorzy komentowanej pracy obiema dysponowali, jednak trafił im się przypadek, w którym zmiany w koronarografii niekoniecznie uzasadniały zmiany elektrokardiograficzne. Pierwsza koronarografia wykazała „tylko” 30–40-procentowe zwężenie dystalnej części pnia lewej tętnicy wieńcowej, zaś badanie EKG u chorego po nagłym zatrzymaniu krążenia obrazowało „aż” blok AV II stopnia i blok dwuwiązkowy. Dobrze, że przebieg kliniczny i zmieniający się (aż po przemijający blok lewej odnogi) obraz elektrokardiograficzny (szkoda, że ze względu na niedoskonałości techniczne EKG Autorom nie udało się ich zamieścić w pracy) wymusił powtórny koronarografię. Dopiero ona wykazała subtotalne zwężenie dużej gałęzi brzożę tępego — niezauważone?, nieobecne? w pierwszej koronarografii. Jego poszerzenie spowodowało zupełne ustąpienie zaburzeń przewodzenia. Szkoda, że nie zostało ono uwidocznione (jak piszą w omówieniu Autorzy, EKG nie ułatwiało tutaj lokalizacji zawału) w czasie pierwszej interwencji.

Konflikt interesów: nie zgłoszono