

Komentarz redakcyjny

prof. dr hab. n. med. Barbara Dąbrowska

Warszawa



Rekomenduję Czytelnikom uważne zapoznanie się z powyższym opisem „preekscytacji bez WPW” (czyli bez występowania związanych z nią arytmii). Autorzy ciekawie i przekonująco tłumaczą, w jaki sposób u osoby z dodatkowym szlakiem przedsionkowo-komorowym (p-k) może dojść do bloku p-k II stopnia i dlaczego zdecydowali się wszczepić stymulator choremu bez objawowej bradykardii.

Mam jednak pewne wątpliwości co do maskowania zawału dolnej ściany w tym przypadku: otóż rycinę 2 dzieli od ryciny 1 ponad 2-tygodniowa przerwa (wypełniona między innymi ponownym ostrym epizodem wieńcowym, koronarografią i wszczepieniem stentu do zwężonej w proksymalnym odcinku gałęzi okalającej). Zatem pojawienie się śladowych załamek R w odprowadzeniach III i aVF na rycinie 2 może nie tyle przemawiać za obecnością dodatniej fali delta w miejscu załamki Q, co za małą blizną pozawałową i ustąpieniem tej cechy EKG „ubytku potencjału” już we wczesnej fazie gojenia. Co do dalszych rycin, to trzeba pamiętać, że mimo pozornie standardowej formy tych zapisów, odprowadzenia kończynowe są w nich rejestrowane z elektrod umieszczonych na klatce piersiowej, zgodnie z techniką zalecaną zarówno przy próbie wysiłkowej, jak i w badaniu holterowskim. Ta okoliczność trochę utrudnia ocenę różnic kształtu zespołów QRS w tych zapisach w porównaniu z poprzednimi;

jednak bez wątpienia ponownie widać w nich załamki Q w odprowadzeniach znad dolnej ściany, i to tym szersze i głębsze, im większy jest stopień preekscytacji komór. Sugeruje to, że na rycinach 3–5 widać nie załamki Q, lecz ujemne fale delta. Jeśli tak, to prawdopodobnie dodatkowy szlak nie jest szlakiem lewym przednio-bocznym, ale lewym tylnym, a może i lewym tylno-przegrodowym; taka lokalizacja zaś lepiej tłumaczy możliwość jego niedokrwienia w ostrej fazie zawału, wywołanego krytycznym zwężeniem gałęzi okalającej.

Zatem w opisanym przypadku chyba jednak nie doszło do maskowania przebytego zawału dolnej ściany. W zamian przedstawiona seria zapisów demonstruje jeszcze bardziej przewrotną sytuację: otóż wysokie i wolno narastające załamki R w V1, widoczne już na rycinie 2, a jeszcze wyraźniej w następnych zapisach, zachęcają do fałszywego rozpoznania zawału ściany tylnej, jeśli w różnicowaniu nie uwzględnimy dodatkowych fal delta w odprowadzeniach przedsercowych. Dodatkowe skomplikowanie tej sytuacji polega na tym, że u przedstawionego pacjenta zawał w istocie obejmował także ścianę tylną (na co wskazuje zarówno pierwszy opis echokardiogramu, jak i wystąpienie bloku p-k II stopnia, rozciągającego się także na leżący w pobliżu szlak dodatkowy...). Był to jednak zawał tylny niewidoczny w standardowym elektrokardiogramie bez preekscytacji, a więc rozpoznanie cech EKG zawału tylnej ściany serca w następnych zapisach jest oczywiście błędne. Prawda, że to wyjątkowo złośliwy żart natury?