

Komentarz redakcyjny

Prof. dr hab. n. med. Barbara Dąbrowska

Warszawa



Z przekonaniem zachęcam Czytelników do lektury powyższej prezentacji, której autorzy nie tylko logicznie i bez inwazji (w formie badania elektrofizjologicznego) określili typ obserwowanego częstoskurczu („podobnego do idiopatycznego z tylnej wiązki lewej odnogi”), ale także wyjaśnili przypuszczalny mechanizm jego powstawania

i uzasadnili wybór równie bezinwazyjnej metody leczenia. I kto to zrobił? Kardiochirurdzy! Przypomnę tu często przytaczaną przez chirurgów opinię — chirurg to internista, który umie władać nożem. A my możemy dodać — dobry kardiochirurg to dobry kardiolog władający nożem.

Co do mechanizmów wywołujących częstoskurcze wiązkowe: często podkreślaną rolę struny rzekomej podali w wątpliwość kardiolog z Taipei [1], wykazując, że częstość występowania takich strun nie różni się istotnie wśród chorych z idiopatycznymi częstoskurczami komorowymi wrażliwymi na werapamil i z częstoskurczami nadkomo-

rowymi. Natomiast do wymienionych w dyskusji rodzajów częstoskurczów komorowych typu bloku prawej odnogi ze skrajnym lewogramem warto dodać niedawno opisany częstoskurcz z tylnego mięśnia brodawkowatego lewej komory — wśród 7 chorych z częstoskurczami o takiej lokalizacji, u 2 wystąpiły one po zabiegach przęślowania tętnic wieńcowych [2]. W niniejszym przypadku jednak taka ewentualność wydaje się mało prawdopodobna, ponieważ w opisanych częstoskurczach z mięśnia brodawkowatego, pochodzących z tkanki mięśniowej, a nie włókien bodźcoprzewodzących, zespoły QRS były zdecydowanie szersze (138–170 ms).

Piśmiennictwo

1. Lin JW, Wen MS, Wang CC et al. Left ventricular fibromuscular band is not a specific substrate for idiopathic left ventricular tachycardia. *Circulation*, 1996; 93: 525–528.
2. Doppalapudi H, Yamada T, McElderry HT et al. Ventricular tachycardia originating from the posterior papillary muscle in the left ventricle. A distinct clinical syndrome. *Circ Arrhythmia Electrophysiol*, 2008; 1: 23–29.