

## Komentarz redakcyjny

prof. dr hab. n. med. Barbara Dąbrowska

Warszawa



Trzeba uczciwie powiedzieć, że rozpoznanie stymulacji typu DDD w tym przypadku byłoby niezmiernie trudne bez sugestii autorów, a претендент do tytułu kardiologa słusznie mógłby protestować, gdyby z tego powodu nie zaliczył egzaminu z EKG; ale ślady iglic stymulujących przedsionki i komory – po wskazaniu ich palcem

w opisie – rzeczywiście widać (o amplitudzie nie większej niż 0,25 mm, chyba na skraju rozdzielczości oka?). A warto je wysledzić i pamiętać o takiej możliwości, bo choć nierzadko te „dowody” stymulacji dwubiegunowej są prawie niewidoczne, to ich przeoczenie skutkuje wstydliwymi błędami diagnostycznymi.

Trudności z interpretacją uniesienia odcinków ST to z kolei dobry przykład zawodności popularnych kryteriów ostrego zawału serca. Dlaczego zawodzą? Zdaniem Surawicza [1] dlatego, że oparto je na pomiarze bezwzględnej amplitudy przemieszczeń odcinka ST (w mm) zamiast na ocenie wartości względnej, wyrażonej w odsetkach amplitudy zespołu QRS. I tak, jeśli załamek S jest bardzo głęboki (np. 40 mm), uniesienie ST w odprowadzeniach  $V_1$  lub  $V_2$  o amplitudzie 5 mm mieści się w obrazie niepowikłanego zawałem bloku lewej odnogi; jeśli natomiast zała-

mek S jest mały (np. 1 mm), to już uniesienie ST o 3 mm może być przejawem ostrego zawału serca. Niestety, nie istnieją w tym zakresie bardziej szczegółowe wytyczne. Dysponujemy natomiast tratwą ratunkową, której rolę pełni ocena nie tylko amplitudy, ale i kształtu uniesienia odcinka ST. W odprowadzeniach  $V_1$ – $V_3$  na załączonej rycinie kształt ten jest zdecydowanie nietypowy dla stymulacji: kopulasty i przechodzący w ujemny załamek T. Ponieważ markery biochemiczne wykluczyły świeże ostre niedokrwienie serca, pozostaje, i to w zgodzie z opisem klinicznym, rozpoznanie przetrwałego uniesienia odcinka ST u chorego z tętniakiem pozawałowym przedniej ściany serca. Szczęśliwie, wykorzystywanie jakościowej oceny kształtu uniesienia odcinków ST do rozpoznawania ostrego niedokrwienia zostało wreszcie usankcjonowane przez ekspertów AHA/ACC/HRS [2].

### Piśmiennictwo

1. Surawicz B, Knilans T. Chou's electrocardiography in clinical practise. *WB Saunders Company*, Philadelphia 2008; 84.
2. Rautaharju PM, Surawicz B, Gettes LS, et al. Recommendations for the standardization and interpretation of the electrocardiogram. Part IV: the ST segment, T and U waves, and the QT interval. *J Am Coll Cardiol* 2009; 53: 982-91.