

Komentarz redakcyjny

Barbara Dąbrowska

Warszawa



Podejrzewam, że arytmia pokazana na Rycinie 1. ma nieco inne pochodzenie – w istocie są to zapewne dwa ektopowe współrytmy: jeden (szybszy) to czynny rytm z górnej części prawego przedsionka, a drugi (wolniejszy), ze wstecznie przewodzonymi załamkami P, to czynny rytm z łącza p-k (w rachubę wchodzi też mniej prawdopodobny

wariant, że jest to rytm komorowy z górnej części przegrody międzykomorowej – stąd wąskie zespoły QRS). Za pozazatokowym pochodzeniem pierwszego rytmu przemawia: 1) jego częstotliwość (nieco za szybka, jak na leżącego zdrowego mężczyznę w średnim wieku), 2) inny kształt zespołów QRS w porównaniu z rytmem zatokowym widocznym na Rycinie 2. (gdzie nie ma, między innymi, niepełnego bloku prawej odnogi) i 3) przesłanka najważniejsza – inny kształt przewodzonych ortodromowo załamków P na Rycinach 1. i 2. (różnicę widać zwłaszcza w odprowadzeniach V_1 i V_2). Cóż – czasem zdarzają się ludzie ze skłonnością do rytmów parasystolicznych (także z konkurującymi ze sobą ektopowymi ośrodkami bodźcotwórczymi), na szczęście nie mają one żadnego znaczenia klinicznego: ani nie świadczą o chorobie serca, ani nie grożą żadnymi powikłaniami.

Miłośnikom wynajdywania niespodzianek ukrytych w elektrokardiogramach zwracam uwagę, że włączenie się rozrusznika ektopowego z górnej części prawego przedsionka na Rycinie 1. jest widoczne już w dwóch ewolucjach przed pojawieniem się niepełnego bloku prawej odnogi: ektopowe załamki P zlewają się z zespołami QRS rytmu z łącza p-k, zmieniając ich kształt (m.in. znika załamek S w II odprowadzeniu i pojawia się rzekomy załamek Q w V_1). Co do użytej przez autorów nazwy „rytm węzłowy” przypomnę Czytelnikom, że jest to już pojęcie historyczne, które utraciło rację bytu w połowie XX wieku, gdy okazało się, że węzeł p-k nie ma właściwości automatycznego wytwarzania bodźców i może być tylko punktem wyjścia nawrotnego częstoskurczu węzłowego; a pobudzenia ektopowe (zwane jeszcze czasami „węzłowymi”) pochodzą z okolic węzła, czyli z łącza p-k.

Zastosowanie beta-blokera wygasiło ektopowy rytm górnoprzedsionkowy i zwolniło rytm z łącza do 50/min (co można wyliczyć z odstępu między dwoma ostatnimi zespołami QRS w odprowadzeniach aVR-L-F na Rycinie 2.; pierwsza z tych ewolucji pojawiła się bezpośrednio po zatokowym załamku P i dlatego nie doszło do wstecznego ich pobudzenia po zespolu QRS, natomiast po drugim zespolu QRS widać już wsteczny załamek P). Rytm zatokowy cechuje się niemiarowością (zapewne oddechową) i też jest wolny – taką arytmie, nierzadko spotykaną, nazywamy niepełnym izorytmicznym rozkojarzeniem przedsionkowo-komorowym.

Pozostają dwa pytania. Po pierwsze, dlaczego trzem rytmom nadkomorowym (w tym rytmowi zatokowemu) towarzyszą trzy różne konfiguracje zespołów QRS? Co do rytmu z łącza, można rozważyć wcześniej wspomnianą opcję, że ośrodek bodźcotwórczy znajduje się nie w łączu, ale w górnej części przegrody międzykomorowej (tu kolejna dygresja: chyba rozpoznanie przez autorów w tych zespołach cech niepełnego bloku lewej odnogi jest trochę na wyrost – zespoły QRS nie uległy poszerzeniu, brak w nich tylko przegrodowego załamka Q, ale nie ma go i w zespołach przewodzonych z dwóch ośrodków przedsionkowych; co najwyżej można mówić o pewnym zwolnieniu narastania załamków R w tym rytmie). Pamiętajmy jednak o starej, ale pięknej i dotąd niepodważonej hipotezie Sherfa i Jamesa [1], zakładającej istnienie zsynchronizowanego przewodzenia zatokowo-komorowego; według tej teorii ektopowe bodźce przedsionkowe, docierające do węzła p-k z innej niż pobudzenia zatokowe strony, wędrują do komór innymi pasmami włókien w obrębie pęczka Hisa, co powoduje niewielką aberrację. Na pytanie drugie: dlaczego ktoś rozpoznał u tego chorego blok p-k III stopnia, nie znajduję odpowiedzi.

Piśmiennictwo

1. Sherf L, James TN. A new electrocardiographic concept: synchronized sinoventricular conduction. *Dis Chest* 1969; 55: 127-40.