

Komentarz redakcyjny

prof. dr hab. n. med. Barbara Dąbrowska

Warszawa



Na pierwsze pytanie – czy zgadzam się z opisem depolaryzacji przedsionków serca dawcy – odpowiadam: prawie... bo odstęp PQ, choć rzeczywiście skrócony, sięga jednak 0,1 s w części odprowadzeń; a ponieważ są one zarejestrowane synchronicznie, współistnienie jeszcze krótszych odstępów PQ (0,08 s) oznacza jedynie, że w tych odprowadzeniach początkowa część załamków P chowa się w linii izoelektrycznej. Natomiast autorska interpretacja pochodzenia parasyistolii przedsionkowej nie budzi żadnych zastrzeżeń. Jest to zresztą obraz opisywany w piśmiennictwie i względnie często spotykany (względnie o tyle, że ogół lekarzy niezmiernie rzadko widuje elektrokardiogramy chorych z przeszczepionym sercem). Znacznie rzadziej obserwujemy takie zapisy u chorych z własnym sercem, gdy źródłem dwóch niezależnych rytmów przedsionkowych jest uaktywnienie w jednym z przedsionków ogniska parasyistolycznego; wtedy jednak fale pobudzenia ektopowego, zwykle ograniczone do części tego przedsionka, okresowo przebijają się na zewnątrz, depolaryzując pozostały mięsień przedsionków i docierając fizjologiczną drogą do komór (mówimy wówczas o niezupełnym rozkojarzeniu obu rytmów). Omawiany przypadek przypominał mi jednak jeszcze inny, dziwniejszy – wręcz kazuistyczny, sprzed wielu, wielu lat, a dotyczący chorego skierowanego na konsultację do prof. Henryka Chlebusa (pracowaliśmy całe nasze zawodowe życie w jednej klinice Akademii Medycznej, która parokrotnie zmieniała nazwy, a raz i lokalizację; wtedy była to II Klinika Chorób Wewnętrznych przy ul. Nowogrodzkiej w Warszawie). Chory ten miał „jeden rytm w EKG, ale dwa serca!” (parafrazując tytuł komentowanego doniesienia); to drugie serce tętniło mu miarowo na szyi, nad jedną z tętnic szyjnych. Błdzi z wrażenia, długo rejestrowaliśmy to tętnienie, niezależne od rytmu ser-

ca, zastanawiając się nad związkiem owego dodatkowego serca z układem tętnicznym, aż po kilku godzinach ustaliliśmy bezspornie, że mamy po prostu do czynienia z rytmicznymi skurczami krtani (typu czkawki).

I jeszcze jedna dygresja. W podpisie pod rycinami pozostawiłam odautorskie miana odprowadzeń – w tym celu, aby wytłumaczyć Czytelnikom, że zgodnie z ostatnimi amerykańskimi zaleceniami [1] powinniśmy się pożegnać z określeniami: „odprowadzenia kończynowe dwu- i jednobiegunowe”. Eksperci zwracają bowiem uwagę na fakt znany oczywiście „od samego początku” (czyli od czasów Wilsona, który wprowadził rejestrację odprowadzeń jednobiegunowych), że w istocie wszystkie odprowadzenia EKG są dwubiegunowe, także te rejestrowane z użyciem „centralnego gniazdka”, łączącego napięcia z 3 elektrod kończynowych oraz osłabione dodatkowymi oporami o wartości 5000 omów. Owi eksperci zalecają zarazem powrót do historycznego pojęcia „odprowadzenia wzmacnione” w odniesieniu do 3 odprowadzeń kończynowych – aVR, aVL i aVF, przypominając, że wzmacnienie to (względem zapisów techniką Wilsona) wiąże się z usunięciem przez Goldbergera wspomnianych oporów z gniazdka centralnego. Pozostaje nadzieja, że w następnych latach, w toku dalszej wnikliwej analizy, któryś ze światowych autorytetów zwróci uwagę na bezsens określenia „wzmocnione” w odniesieniu do odprowadzeń o amplitudzie mniejszej od rejestrowanej ze standardowych odprowadzeń kończynowych I–III.

Piśmiennictwo

1. Mason JW, Hancock EW, Gettes LS, et al. Recommendations for the standardization and interpretation of the electrocardiogram: part II: electrocardiography diagnostic statement list a scientific statement from the American Heart Association Electrocardiography and Arrhythmias Committee, Council on Clinical Cardiology; the American College of Cardiology Foundation; and the Heart Rhythm Society Endorsed by the International Society for Computerized Electrocardiology. *J Am Coll Cardiol* 2007; 49: 1128-35.