

## Komentarz redakcyjny

prof. dr hab. n. med. Barbara Dąbrowska

Warszawa



Jeśli chodzi o pierwsze pytanie – sędzę, że są podstawy, by przedstawioną wyżej interpretację tego pozornie prawidłowego zapisu (Rycina 1.) nazwać błędną, ponieważ można się jednak w nim dopatrzeć dwóch niewielkich nieprawidłowości, które nabierają wagi, jeśli występują u chorego z podejrzeniem ostrego zespołu wieńcowego. Nieprawidłowy jest mianowicie kształt zespołów QRS w odprowadzeniach  $V_1$  i aVF.

Otóż taki typ sinistroyrii, jaki widzimy na Rycinie 1., ze sploteniem załamka S i poszerzeniem do 0,04 s załamka R w  $V_1$ , budzi podejrzenie zawału tylnej ściany serca. Cecha ta jest mało swoista, nie pozwala też na określenie wieku ewentualnego zawału, choć wyraźniejsze jej zaakcentowanie w następnej dobie (Rycina 2.) może sugerować w tym przypadku ewolucję zawału. Za możliwością zawału serca przemawia ponadto pofragmentowany zespół QRS w odprowadzeniu aVF, z okresowym szerokim (choć płytkim) załamkiem Q. Objaw ten pozwala mi zwrócić uwagę Czytelników na niedawną serię prac Dasa i wsp. z Instytutu Krannerta w Indianapolis [1, 2]. Badacze ci przekonująco udowodnili, że u osób z chorobą tętnic wieńcowych bez typowego bloku lewej lub prawej odnogi obecność pofragmentowanych zespołów QRS w dwóch sąsiadujących (anatomicznie) odprowadzeniach jest znacznie czulszą cechą rozpoznawanego metodą SPECT zawału serca niż obecność załamków Q, i to zarówno w odniesieniu do zawału przebytego (86 vs 36%), jak i ostrego – bez uniesienia odcinka ST (59 vs 23%). W omawianym przypadku nie mamy co prawda do czynienia z pofragmentowaniem zespołów QRS w dwóch sąsiadujących odprowadzeniach, ale podejrzenie zawału tylnej ściany (QRS w  $V_1$ ) czyni to rozpoznanie bardziej prawdopodobnym.

Natomiast obecność załamków Q w odprowadzeniach znad tylnej ściany serca ( $V_7$ – $V_9$ ) nie ma żadnego znaczenia diagnostycznego, bo załamki Q rejestruje się nad prawie całą powierzchnią tylnej ściany. Mirvis w swoim podręczniku EKG ilustruje lokalizację załamków Q o różnym czasie trwania u zdrowych osób w rzucie na trzy płaszczyzny serca, uzupełniając rysunek informacją, że załamki Q  $\geq 0,04$  s występują nad tylnoboczną częścią lewej i podstawną częścią prawej komory [3]. Toteż rejestrację tych odprowadzeń zaleca się wyłącznie w celu wykrycia uniesienia odcinków ST w ostrych zespołach wieńcowych bez uniesienia odcinka ST w rutynowych odprowadzeniach [4]. W omawianym przypadku jednak nie doszło do uniesienia odcinka ST nad tylną ścianą; być może chory ten przeżył zawał tylnej ściany dawniej (stąd cechy „ubytku potencjału” w  $V_1$  widoczne już przed wzrostem stężenia troponiny), a obecnie miał miejsce nowy epizod, elektrokardiograficznie niemy z racji zaczerwienienia nietypowego naczynia – gałęzi pośredniej? (Dodajmy: prawie niemy, bo jednak po zabiegu w EKG na Rycinie 2. pojawiło się płytkie odwrócenie załamków T w odprowadzeniu aVL). Niezależnie od tych rozważań, jedno jest pewne – dane kliniczne (wywiady, wzrost enzymów i EKG) pozwoliły rozpoznać ostry zawał serca bez uniesienia odcinków ST.

### Piśmiennictwo

1. Das MK, Khan B, Jacob S, et al. Significance of a fragmented QRS complex versus a Q wave in patients with coronary artery disease. *Circulation* 2006; 113: 2495-501.
2. Michael MA, Das MK. Fragmented QRS on a 12-lead ECG is a sign of acute or recent myocardial infarction. *Circulation* 2006; 114: II-512.
3. Mirvis DM. *Electrocardiography. A physiologic approach. Mosby-Year Book, Inc., St Louis* 1993; 233.
4. Matetzky S, Freimark D, Chouraqui P, et al. Significance of ST segment elevations in posterior chest leads ( $V_7$  to  $V_9$ ) in patients with acute inferior myocardial infarction: application for thrombolytic therapy. *J Am Coll Cardiol* 1998; 31: 506-11.