

Elektrokardiogram z pozoru prawidłowy

ECG in a patient with a typical chest pain – normal or abnormal?

Bronisław Bednarz, Dariusz Winek

Klinika Kardiologii, Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, Warszawa

Kardiol Pol 2007; 65: 1001-1003

Przedstawiamy przypadek 52-letniego mężczyzny hospitalizowanego na Oddziale Intensywnej Opieki Kardiologicznej naszej Kliniki. Chory został przyjęty z powodu pierwszego w życiu bólu w klatce piersiowej. Ból wystąpił w spoczynku, był zlokalizowany za mostkiem, promieniował do lewej kończyny górnej i do okolicy międzyłopatkowej. Ból stopniowo ustąpił po azotanach podanych w izbie przyjęć szpitala. Dotychczas chory nie odczuwał tego typu dolegliwości. W wywiadzie chory podawał palenie papierosów, okresowo podwyższone wartości ciśnienia tętniczego (nie leczył się regularnie z tego powodu), podwyższony poziom cholesterolu (nieleczony), obciążający wywiad rodzinny (ojciec i brat chorujący w młodym wieku na zawał serca).

W badaniu przedmiotowym nie stwierdzono, poza nadwagą (BMI 27,6), istotnych odchyłeń od stanu prawidłowego. W badaniach biochemicznych wykonanych bezpośrednio po przyjęciu do sali R (ok. 3 godz. od początku objawów) nie stwierdzono istotnych odchyłeń, w tym prawidłowe wartości tropopiny I (TnI). W badaniu EKG (Rycina 1.) nie obserwowano, jak się nam wydawało, zmian, które spełniałyby jednoznaczne kryteria istotnego niedokrwienia.

Ze względu na wysokie prawdopodobieństwo choroby wieńcowej, rozszerzono rutynową diagnostykę

elektrokardiograficzną o dodatkowe odprowadzenia V_7-V_9 .

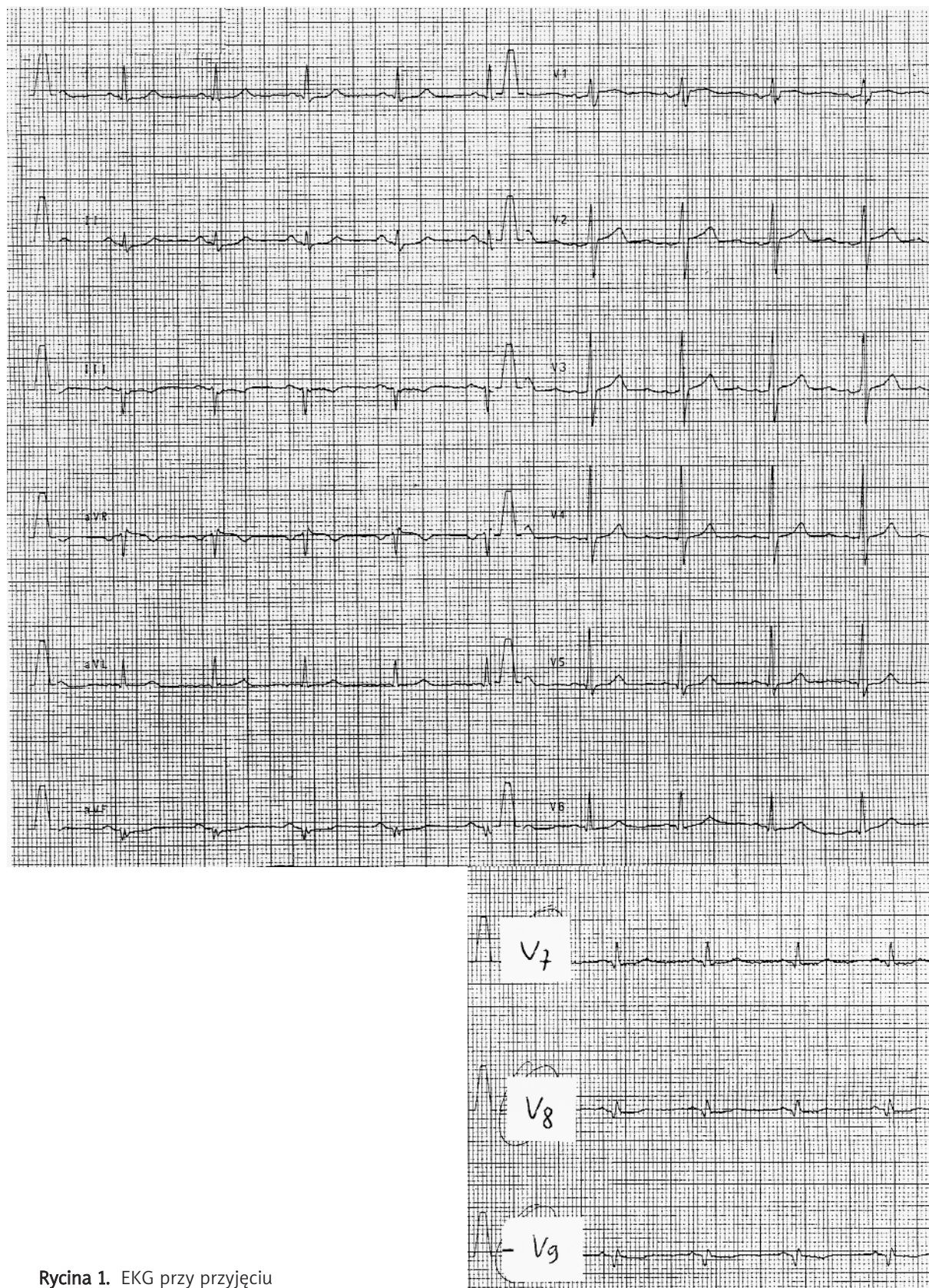
Spoczynkowe badanie echokardiograficzne ujawniło odcinkowe zaburzenia kurczliwości (akineza ściany tylnej, hipokineza ściany bocznej lewej komory). Kolejne badanie poziomu TnI – 8 godz. od początku objawów – dało wynik dodatni (poziom 8 ng/ml).

Chory został skierowany w trybie pilnym na koronarografię, w której stwierdzono niedrożną gałąź okalającą lewej tętnicy wieńcowej, 90% zwężenie w gałęzi pośredniej, zmiany przyścienne w gałęzi przedniej zstępującej lewej tętnicy wieńcowej i ok. 50% zwężenie w prawej tętnicy wieńcowej. Bezpośrednio po koronarografii u chorego wykonano przezskórną interwencję wieńcową w obrębie gałęzi okalającej i pośredniej. Elektrokardiogram zarejestrowany u chorego w 24 godz. po interwencji przedstawiono na Rycinie 2.

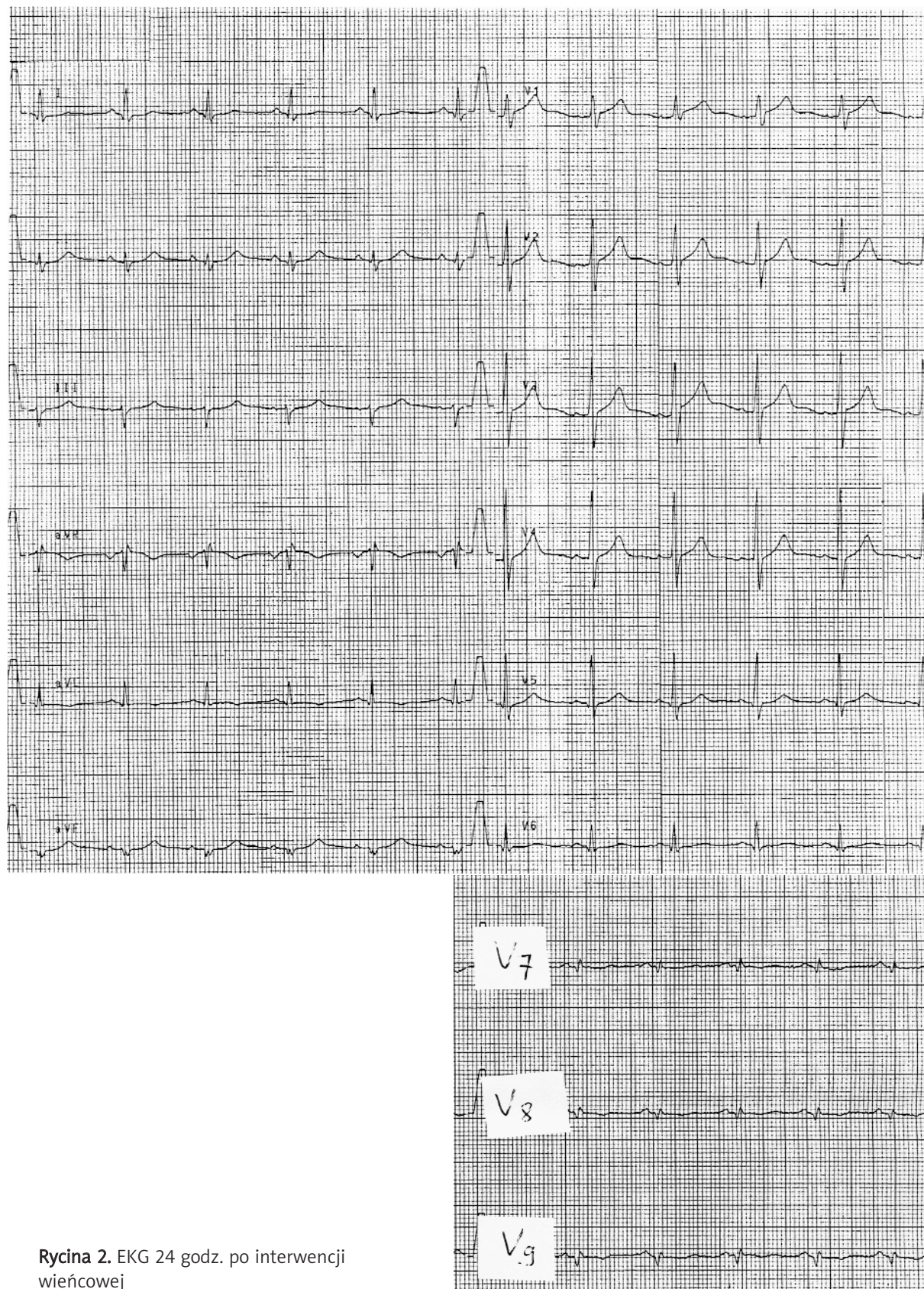
Prosimy o ocenę badania na Rycinie 1. – czy nie popełniono błędów, nie znajdując w nim cech niedokrwienia, i o interpretację badania na Rycinie 2., szczególnie o opinię, czy zapis z odprowadzeń V_7-V_9 powinien być tak samo interpretowany jak w wypadku pozostałych odprowadzeń – chodzi o wielkość znamiennego obniżenia odcinka ST i kryteria patologicznego załamka Q.

Adres do korespondencji:

dr hab. n. med. Bronisław Bednarz, Klinika Kardiologii, CMKP, ul. Grenadierów 51/59, 04-073 Warszawa, tel.: +48 22 810 50 30, faks: +48 22 810 17 38, e-mail: bednarz@kkcmkp.pl



Rycina 1. EKG przy przyjęciu



Rycina 2. EKG 24 godz. po interwencji wieńcowej