



Rycina 2. Blok całkowity p-k bez rytmu zastępczego. Po trzech wystymulowanych zespołach QRS widoczne same załamki P

W zapisie wewnątrzsercowym AH 114 ms, HV 84 ms, podczas badania elektrofizjologicznego nie wywołało utrwalonej arytmii komorowej, natomiast po kolejnej stymulacji wystąpił blok p-k III^o bez rytmu zastępczego (Rycina 2.). Narzucono stymulację czasową i implantowano dwujamowy układ stymulujący, uzyskując wystymulowane pobudzenia komorowe o szerokości węższej niż pobudzenia własne (170 vs 150 ms).

Wydaje się prawdopodobne, że przyczyną dolegliwości chorego były okresowo nawracające zaburzenia przewodzenia p-k.

Prosimy o komentarz, czy zmiany w spoczynkowym EKG (LBBB i blok p-k I^o) mogły zapowiadać taki wynik badania elektrofizjologicznego, podczas którego po kilku minutach okresowej stymulacji komory wystąpił całkowity dystalny blok p-k bez jakiegokolwiek rytmu zastępczego.

Komentarz redakcyjny

prof. dr hab. n. med. Barbara Dąbrowska

Warszawa



Czy spoczynkowy EKG mógł zapowiadać opisaną sekwencję zdarzeń w trakcie badania elektrofizjologicznego? W pewnej mierze tak, bowiem na taką możliwość wskazywało współistnienie bloku lewej odnogi z blokiem AV I^o, sugerujące, że blok dotyczył w istocie obu odnóg (całkowity w lewej odnodze i częściowy w prawej lub w pęczku Hisa). Znacznie rzadziej, bo zaledwie w 10% przypadków, współistnienie bloku lewej odnogi i długiego odstępu PQ wiąże się ze zwolnieniem przewodzenia w węźle AV [1]. W tym zaś przypadku pomiary odstępów AH i HV potwierdzają istnienie pierwszego wariantu lokalizacji bloku.

Blokiem dystalnym w układzie Hisa-Purkiniego towarzyszą rytmy zastępcze z niżej położonych rozruszników, a im niższy rozrusznik, tym później rozpoczyna swą działalność i tym wolniejszy jest jego rytm. Szczególnie wolne rozruszniki zastępcze uaktywniają się w sytuacji, gdy blok lewej odnogi nie mieści się w jej pniu, ale obejmuje trzy wiązki lewej odnogi. Do takiej

lokalizacji bloku dochodzi zazwyczaj stopniowo i wtedy w serii badań (często na przestrzeni lat) obserwujemy narastanie zaburzeń przewodzenia w lewej odnodze – poprzez blok dwuwiaźkowy (zwykle w formie bloku przedniej wiązki i niezupetnego bloku lewej odnogi, czyli bloku wiązki przegrodowej) do trójwiązkowego (w formie całkowitego bloku lewej odnogi, już bez lewogramu). Stwierdzając taką ewolucję w serii zapisów, na domiar z dołączającym się blokiem AV I^o, możemy przewidywać groźbę całkowitego bloku AV lub nagłego zgonu sercowego (odnotowane, odpowiednio, u 21 i 18% chorych z takim obrazem EKG w trakcie niespełna 5-letniej obserwacji) [2]. Dlatego warto, zwłaszcza u chorych z zaburzeniami przewodzenia śródkomorowego, sięgać i do wcześniejszych krzywych EKG.

Piśmiennictwo

1. Narula OS. Cardiac arrhythmias: electrophysiology, diagnosis and management. *Williams&Wilkins*, Baltimore 1979; 114.
2. Piotrowicz R, Dąbrowski A. Muerte súbita cardiaca en pacientes con bloqueos multifasciculares. *Revista Latina de Cardiología* 1992; 13: 199-203.