

## Komentarz redakcyjny

prof dr hab. n. med. Barbara Dąbrowska

Warszawa



Związki między rozmiarem zawału w ostrej fazie i wewnątrzszpitalnym rokowaniem a skalą przemieszczeń odcinków ST w 12-odprowadzeniowym elektrokardiogramie są znane od 30 lat (ich przeglądu dokonał m. in. Mirvis [1]). Dlatego pierwsze doniesienia o obciążającym znaczeniu rokowniczym konfiguracji QRST typu *kamienia nagrobnego* (charakterystycznego raczej dla komentarzy amerykańskich niż polskich) mogły budzić podejrzenie, że upośledzenie sprawności lewej komory i wzrost umieralności wiążą się przede wszystkim z dużym uniesieniem odcinków ST. Praca P. Kukli i wsp. nie tylko analizuje częstość występowania objawu *kamienia nagrobnego* w EKG i jego korelacji klinicznych w dużej liczbie grupie chorych ze świeżym zawałem serca, ale po raz pierwszy dokumentuje, że złowróżbna rola tego objawu nie zależy od wielkości przemieszczeń odcinków ST, lecz stanowi niezależny czynnik rokowniczy; podczas gdy suma przemieszczeń ST wynosząca co najmniej 20 mm wiązała się u chorych bez uniesienia ST typu *kamienia nagrobnego* z przeszło 5-krotnie większą umieralnością wewnątrzszpitalną niż u pozostałych, to ukształtowanie QRST typu *kamienia nagrobnego* (szczątkowy lub nieobecny załamek R i wypukłe uniesienie ST przechodzące bezpośrednio w zstępujące ramię załamka T) towarzyszyła 10-krotnie większa (sięgająca 40%) umieralność w porównaniu z chorymi bez dużych przemieszczeń odcinków ST. Objaw ten jest prosty do stwierdzenia, bo widoczny w rutynowym badaniu EKG, i ważny, bo występuje u około 25% kolejnych chorych hospitalizowanych z powodu świeżego zawału. Dlatego z całym przekonaniem polecam Czytelnikom *Kardiologii Polskiej* uważną lekturę tego artykułu.

Ta zastraszająco duża umieralność wymaga jednakże pewnego komentarza. Tak się składa, że cytowani przez Autorów omawianej pracy Balci i Yesildag [2] oceniali objaw *kamienia nagrobnego* w porównywalnej, bo liczącej 106 osób grupie chorych ze świeżym zawałem tylko przedniej ściany serca, hospitalizowanych na oddziale kardiologicznym w tureckim szpitalu i podobnie leczonej:

bez rewaskularyzacji przezskórnej, ale ograniczonej włącznie do trombolizy u 55% chorych. Umieralność była jednak u nich znacznie mniejsza: 26% (wśród chorych z uniesieniem ST typu *kamienia nagrobnego*) vs 2% wśród pozostałych w porównaniu z podgrupami z zawałem przedniej ściany u Kukli i wsp.: 38,8% vs 13,4%!

A nie jest to tylko problem Gorlic. Według niedawno opublikowanego ogólnopolskiego rejestru ostrych zespołów wieńcowych z terenu województwa śląskiego śmiertelność wewnątrzszpitalna chorych ze świeżym zawałem serca i uniesieniem odcinków ST leczonych zachowawczo wynosiła 18,5% [3]. Tymczasem w podręczniku Braunwalda z 2001 r. znajdujemy informację, że umieralność wewnątrzszpitalna w dobie leczenia fibrynolitycznego wynosi 6,5% [4]. W zgodzie z tym pozostają dane z rejestru CPORT, obejmującego ponad 4,5 tys. chorych ze świeżym zawałem z uniesieniem odcinków ST, przedstawione na ostatniej sesji AHA; w małej podgrupie nie poddanej zabiegom przezskórnej interwencji wieńcowej (18% badanych) umieralność wynosiła 6,7% [5]. Dlaczego zatem w Polsce umieralność chorych z zawałem serca nie poddawanych interwencjom przezskórnym jest tak duża? To pytanie nie do Autorów tej ciekawej pracy, ale do ordynatorów oddziałów intensywnej opieki i strategów leczenia chorób serca w Polsce.

### Piśmiennictwo

1. Mirvis DM. Electrocardiography – a physiologic approach. *Mosby-Year Book Inc., St. Louis* 1993: 223.
2. Balci B, Yesildag O. Correlation between clinical findings and the „tombstoning” electrocardiographic pattern in patients with anterior wall acute myocardial infarction. *Am J Cardiol* 2003; 92: 1316-8.
3. Gąsior M, Gierlotka M, Cieśliński A, et al. Wyniki leczenia zawału serca z uniesieniem odcinka ST. Dane z rejestru PL-ACS na Śląsku. *Kardiol Pol* 2005; 62: 144-150.
4. Antman EM, Braunwald E. Acute myocardial infarction. In: Braunwald E, Zipes DP i Libby P (eds.). *Heart disease WB Saunders Co., Philadelphia* 2001: 1115.
5. Aversano T. Fate of primary PCI patients intended intervention fails. *Circulation* 2005; 112 (Suppl. II) 737 (streszcz.).