

Uniesienie ST w odprowadzeniu aVR – cenny a niedoceniany parametr EKG

prof. dr hab. n. med. Barbara Dąbrowska

Warszawa



Rzadko się zdarza, żeby sugestia komentatora oryginalnej pracy [1] doczekała się odpowiedzi Autorów, i to tak szybkiej i wnikliwej, bo w formie odmiennego opracowania poprzednio przedstawionego materiału. Cieszę się, a i Autorzy pewnie też, bo to nowe ujęcie wyników pozwoliło im rozwiązać niewyjaśniony dotąd w literaturze problem: jaka jest podstawowa przyczyna uniesienia odcinka ST_{aVR} w ostrym zespole wieńcowym? Okazało się, że niezależnym czynnikiem odpowiedzialnym za ten objaw jest zwężenie pnia lewej tętnicy wieńcowej, a więc zapewne ostre pełnościenne niedokrwienie podstawnej części przegrody międzykomorowej.

Nie jest to jedyna sytuacja, która może prowadzić do uniesienia ST_{aVR} w ostrym zespole wieńcowym. W rachubę wchodzi jeszcze proksymalne zamknięcie gałęzi międzykomorowej przedniej [2]; przypuszczam, że w materiale Autorów mieści się ono w wyodrębnionej obecnie (i słusznie) 44-osobowej podgrupie ekwiwalentu choroby pnia lewej tętnicy wieńcowej oraz w 61-osobowej podgrupie pacjentów z chorobą 3 naczyń, jednak swoistość i czułość tego objawu w wymienionych stanach jest mniejsza niż w zwężeniu pnia lewej tętnicy wieńcowej. W przypadku choroby 3 naczyń inna też może być lokalizacja ostrego niedokrwienia, ponieważ rozlane niedokrwienie podwierzdziowe końuszka lewej komory bywa przyczyną uniesienia ST_{aVR} z odbicia. Takiej możliwości sprzyja też nadciśnienie tętnicze, obecne w badanej populacji u 82% chorych. Ponieważ taka przyczyna uniesienia ST_{aVR} wydaje się dominować wśród spotykanych czasem przypadków bez ostrego zespołu wieńcowego, w tym u zdrowych młodych kobiet, ważne jest, aby te rozważania dotyczące związku uniesienia ST_{aVR} ze zwężeniem pnia lewej tętnicy wieńcowej ograniczać tylko do chorych z ostrymi zespołami wieńcowymi.

Między poprzednim a obecnym opracowaniem materiału ubyło 16 chorych (zabawiłam się w komisję śledczą i ustaliłam, że usunięto m.in. 14 chorych z nadciśnieniem tętniczym i 13 z przebytym zawałem serca)

oraz zmieniono nieco kryteria pozwalające rozpoznać istotne hemodynamiczne zwężenie tętnicy wieńcowej (z 60% na 70%), ale nie wydaje mi się, żeby te zmiany mogły wpłynąć na uzyskane wyniki.

Na szczególną uwagę zasługuje pozornie paradoksalny związek między uniesieniem ST_{aVR} a nadwagą i otyłością: istotnie częściej obserwowano tę zmianę EKG u chorych z nadwagą, a istotnie rzadziej u otyłych (Tabela I), co mogłoby sugerować chochlika statystycznego, ale znalazłam wyjaśnienie tego zdumiewającego wyniku! Nie ulega przecież wątpliwości, że nadwaga sprzyja nasileniu zmian w naczyniach wieńcowych (stąd częstsze uniesienie ST_{aVR}), otyłość natomiast sprzyja fałszywemu zaniżaniu amplitudy załamków w EKG, a więc i spłycaaniu uniesienia odcinków ST.

Jeszcze raz gratuluję Autorom tego opracowania i namawiam do kontynuowania zbierania materiału – powiększenie tej niemałej populacji może jeszcze przynieść niejedną niespodziankę.

Piśmiennictwo

1. Rostoff P, Piwowarska W, Konduracka E, et al. Rozpoznanie istotnego zwężenia pnia lewej tętnicy wieńcowej w ostrym zespole wieńcowym. *Kardiol Pol* 2005; 62: 132-5.
2. Engelen DJ, Gorgels AP, Cheries EC, et al. Value of the electrocardiogram in localizing the occlusion site in the left anterior descending coronary artery in acute myocardial infarction. *J Am Coll Cardiol* 1999; 34: 389-95.