

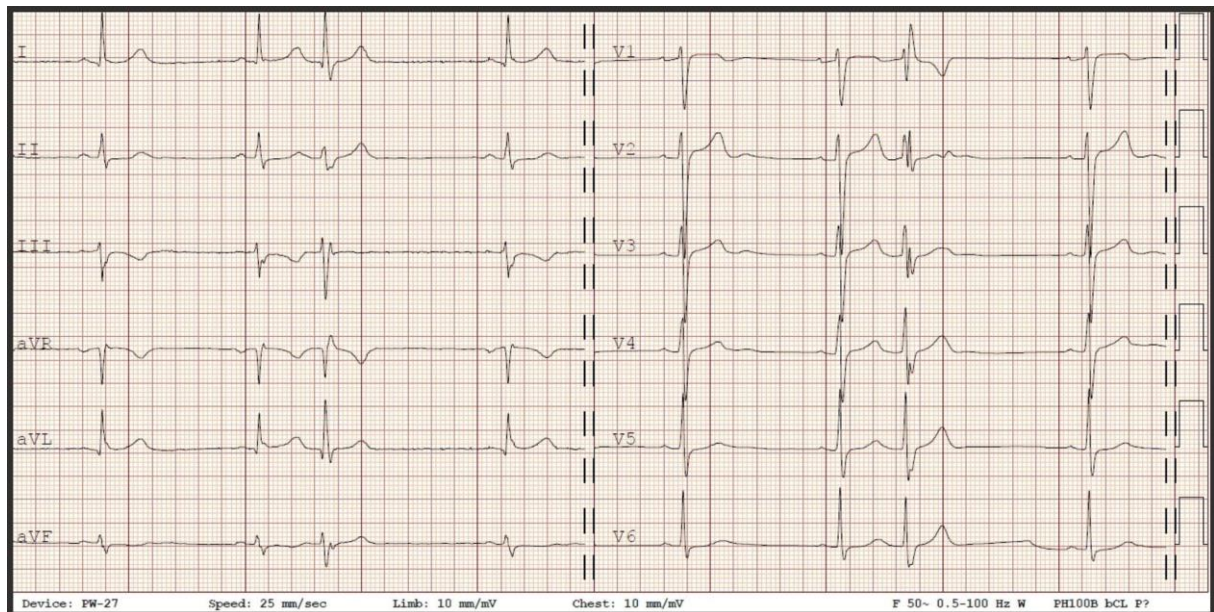
Przypadek EKG 15.05.2024

Dr P. Orzechowski  
Prof. Ewa Piotrowicz

### Kontekst kliniczny

Przypadek 29-letniego pacjenta z nadciśnieniem tętniczym (leczonym perindoprylem, indapamidem i lerkanidypiną) skarżącego się od kilku tygodni na nierówne bicie serca (przede wszystkim w spoczynku) o zmiennym nasileniu. W ramach wykonanej ambulatoryjnie diagnostyki w 24h monitorowaniu EKG metodą Holtera opisano ok. 30 tys. pobudzeń ektopowych na dobę. Nie stwierdzono istotnych odchyleń w badaniu ECHO. Wykonana na bieżni ruchomej próba wysiłkowa była ujemna klinicznie i elektrokardiograficznie przy obciążeniu maksymalnym 17 MET (!), obserwowano stopniowe ustępowanie arytmii w trakcie wysiłku.

Pytanie: Jak opisalibyście Państwo ten elektrokardiogram? Czy można ocenić skąd pochodzi arytmia?



### Wyjaśnienie:

Rytm zatokowy, bradykardia 44/min. Oś serca pośrednia. QRS 111 ms. Jedno pobudzenie przedwczesne o morfologii RBBB + LAFB.

Zapis z 12-odprowadzeniowego EKG met.Holtera: rytm zatokowy, obecne 4 pobudzenia ektopowe: pierwsze pobudzenie ektopowe w zapisie (zaznaczono strzałką czerwoną) jest bez wątpliwości pobudzeniem przedwczesnym nadkomorowym; kolejne trzy pobudzenia ektopowe w zapisie (dominujące w ciągu całej doby; zaznaczone strzałką zieloną) mają znaną już z zapisu spoczynkowego morfologię RBBB+LAFB.

Na pierwszy rzut oka dominujące w zapisach pobudzenia ektopowe z szerokimi zespołami QRS o morfologii RBBB + LAFB mogą sprawiać wrażenie komorowych, jednakże patrząc na ramię zstępujące załamka T w odprowadzeniu I spoczynkowego EKG możemy dostrzec „ukrywający się” załamek P (zaznaczono strzałką).

W badaniu elektrofizjologicznym (pacjent z racji nasilonej, objawowej arytmii nie reagującej na leczenie farmakologiczne został skierowany na ablację arytmii), zarejestrowano przedwczesne pobudzenia z lewego przedsionkowe (o morfologii RBBB + LAFB).

