

Przypadek EKG 07.01.2024

Dr n. med. Grzegorz Kiełbasa

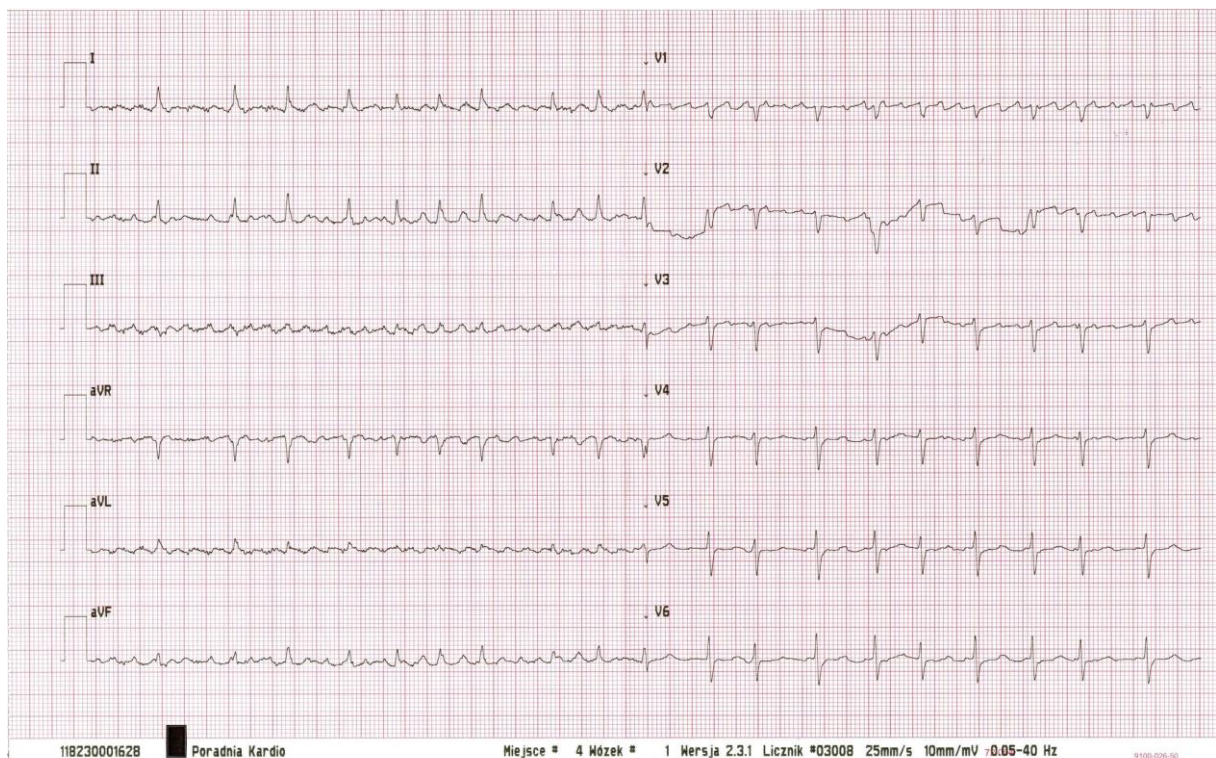
Kontekst kliniczny:

Pacjentka 81-letnia, otyła, z typowymi czynnikami ryzyka choroby niedokrwiennej serca, nienajlepiej kontrolowanym CTK.

W echokardiografii: LVEF zachowana, komory niepowiększone, LAVI 48ml/m², RAA = 18cm², umiarkowane echokardiograficzne prawdopodobieństwo nadciśnienia płucnego.

Od kilku miesięcy odczuwa kołatania serca, na ciśnieniomierzu HR notorycznie >100, najczęściej 130/min. 2 tygodnie temu trafiła do naszej poradni przyklinicznej, tam zwiększono dawkę betablokera i skierowano pacjentkę do wykonania inwazyjnej diagnostyki zaburzeń rytmu (deklarowane zabezpieczenie antykoagulantem było od dłuższego czasu).

I teraz pytanie, które bardzo często pada wśród naszych rezydentów - migotanie czy trzepotanie? a jeśli trzepotanie to typowe czy atypowe?



Wyjaśnienie:

Z punktu widzenia dydaktycznego - jeśli jest niemiarowość całkowita (bez "miarowości w niemiarowości" jak to ma miejsce w AFL z zmiennym cyklem) to musi być AF. Z mojego

doświadczenia taki obraz EKG często odpowiada ciekawemu zjawisku, gdzie bardziej chory przedsionek (czyli lewy) migocze, a w bardziej zdrowym arytmia się organizuje tworząc makroreentry o typie trzepotania. Oczywiście w takiej sytuacji walka z trzepotaniem nie ma zbytniego sensu (choć czasem to od niego zależy HR). Podsumowując: w tym konkretnym przypadku obie odpowiedzi byłyby dobre, w przedsionkach współstniało AF i AFL.