

Przypadek EKG 26.12.2023

Dr n. med. Grzegorz Kietbasa

Kontekst kliniczny:

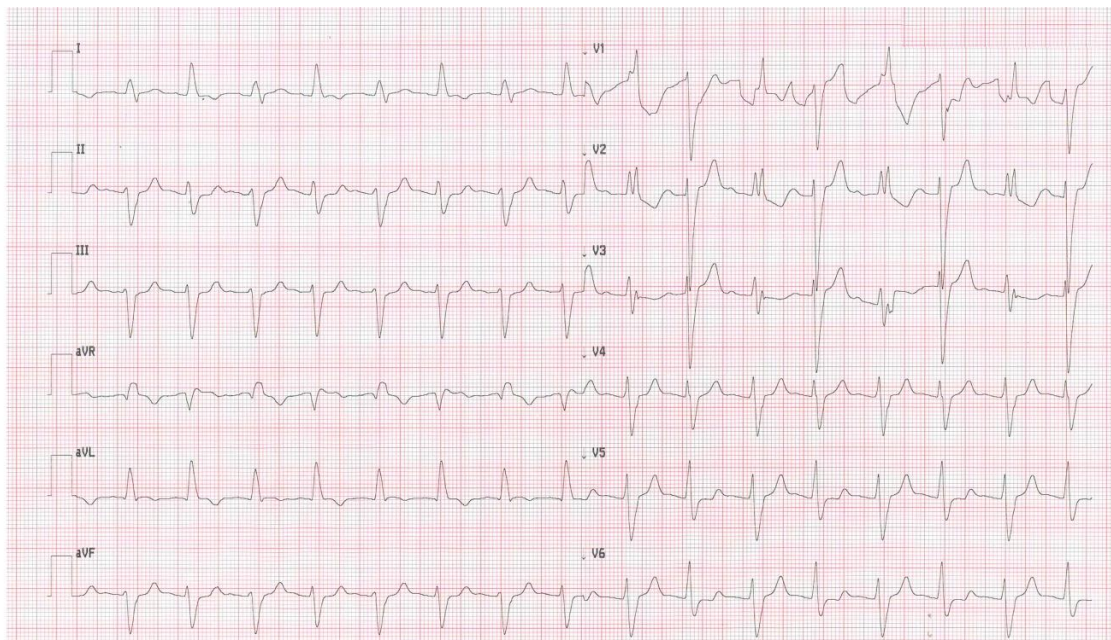
Pacjentka około 70-letnia, z typowymi czynnikami ryzyka - otyłością, wieloletnim nikotynizmem, nieoptymalnie kontrolowanym CTK; aktualnie zgłosiła się do lekarza z powodu osłabienia, kaszlu, bólu brzucha, "ćmienia" w kłp - generalnie wielu niespecyficznych dolegliwości.

W załączeniu przesyłam EKG pacjentki (jakość V1 pozostawia sporo do życzenia, ale nie dysponuje innym zapisem).

Pytania:

1) co tu się dzieje?

2) czy coś trzeba robić dalej?



Wyjaśnienie:

W EKG mamy: rytm zatokowy, akcja serca miarowa około 100/min. Lewogram. Stały LAH. Zmienność morfologii QRS wynika z intermittującego RBBB. Obniżki ST w I, aVL, V5, V6, mniejsze nad ścianą dolną, poddarcie ST w aVR.

Podsumowując – dzieje się jakiś dynamiczny proces powodujący występowanie zaburzeń przewodnictwa w zakresie RBB.

Pacjentkę pokierowałem na SOR szpitala Uniwersyteckiego, w którym pracuje, stąd znam dalsze losy. W badaniach podniesione troponiny (niedramatycznie, < 1000 wysokoczuła). Koronarografia w następnym dniu: wszystkie naczynia bardzo chore, LAD/Dg istotna, Cx zamknięta, wszystko bardzo uwapnione. Jednak to co powodowało

występowanie zaburzeń przewodnictwa w zakresie RBB umieszczam poniżej. Bardzo chora RCA – która była u pacjentki po dwakroć istotnym naczyniem, bo prowadziła krążenie do zamkniętego Cx. Po heroicznym zabiegu z użyciem rotablacji zaburzenia przewodnictwa ustąpiły.

Klasyka stwierdzenia „świeży RBBB” w EKG

