

# Zagadka echokardiograficzna

Mirostław Kowalski

Klinika Wad Wrodzonych Serca  
Instytutu Kardiologii w Warszawie-Aninie

Kardiologia po Dyplomie 2010; 9 (2): 71

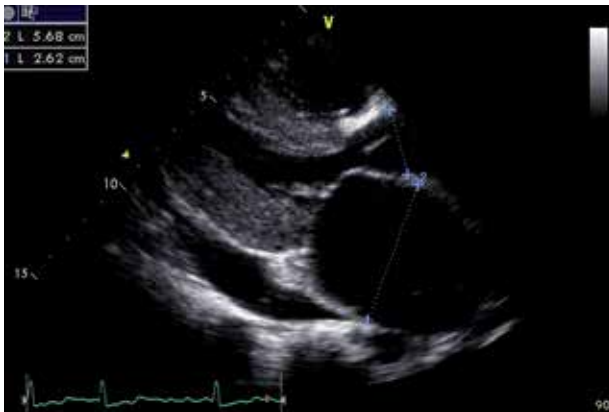
## Dane kliniczne:

Kobieta, lat 18, ze stwierdzoną kardiomiopią przerostową rodzinną (choruje ojciec) została przyjęta do kliniki z powodu pierwszego w życiu napadu migotania przedsionków i towarzyszącego zaburzeniom rytmu serca spadku tolerancji wysiłku. Pacjentka wcześniej czuła się bardzo dobrze. Niemiarowa i szybka częstość serca skłoniła lekarzy w szpitalu rejonowym do włączenia leczenia przeciwkrzepliowego, beta-adrenolityku oraz skierowania jej do ośrodka referencyjnego w celu wykonania kardiowersji elektrycznej. W badaniu echokardiograficznym w dniu przyjęcia zwracał uwagę duży przerost mięśnia lewej komory (maks. 21 mm). Wykluczono istotną hemodynamicznie niedomykalność mitralną. Nie re-

jestrowano też istotnego gradientu w drodze odpływu lewej komory (maks. 19 mm Hg). Stosunek fali wczesnego napływu mitralnego do prędkości wczesnorozkurczowej pierścienia mitralnego ( $E/E'$ ) w warunkach niemiarowej pracy serca wynosił 17. Zwracało także uwagę nadciśnienie płucne z ciśnieniem skurczowym sięgającym 44 mm Hg, z powiększeniem jamy prawej komory oraz przerostem jej mięśnia.

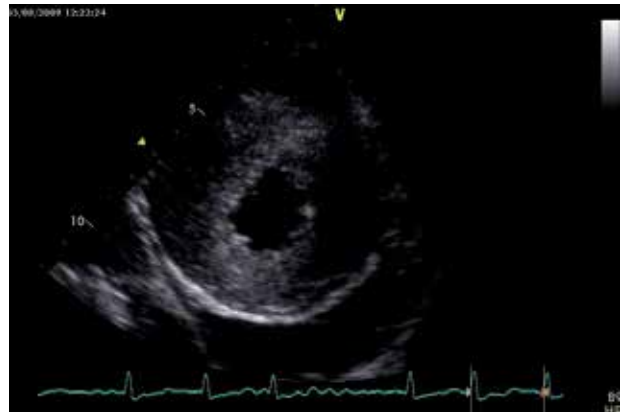
## Pytanie:

Czy skierowanie chorej do kardiowersji elektrycznej było słuszne? Które z przedstawionych danych można uznać za szczególnie obciążające w perspektywie dalszych losów chorej?



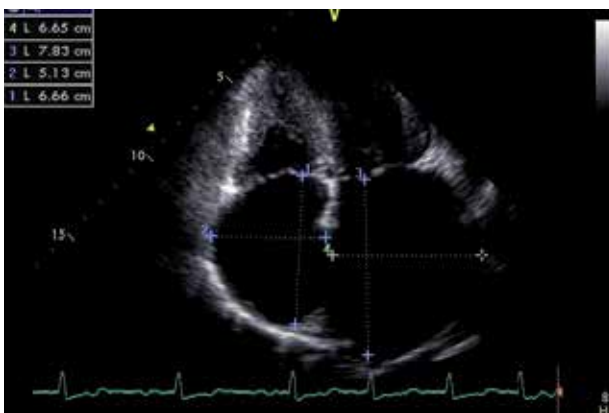
RYCINA 1

Prezentacja 2D. Projekcja przymostkowa w osi długiej.



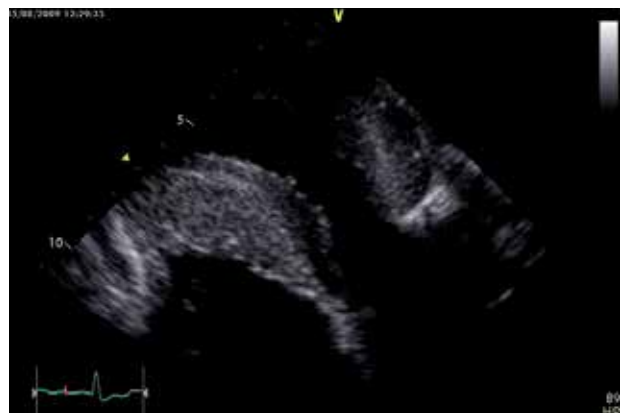
RYCINA 2

Prezentacja 2D. Projekcja przymostkowa w osi krótkiej.



RYCINA 3

Prezentacja 2D. Projekcja koniuszkowa czterojamowa.



RYCINA 4

Prezentacja 2D. Projekcja koniuszkowa zmodyfikowana.