

# Zagadka echokardiograficzna

Mirostław Kowalski

Klinika Wad Wrodzonych Serca  
Instytutu Kardiologii w Warszawie-Aninie

## Dane kliniczne:

Kobieta 22-letnia została przyjęta do kliniki z powodu nawracających omdleń poprzedzonych kołataniem serca. W wywiadzie zwracała także uwagę gorszą tolerancją wysiłku w ciągu ostatniego roku. W badaniu fizykalnym stwierdzono szmer protodiastoliczny o wysokiej częstotliwości, najlepiej słyszalny w II i III międzyżebżu, bez cech niewydolności serca. Badanie echokardiograficzne ujawniło tętniakowato poszerzoną tętnicę płucną z istotnie powiększoną jamą prawej komory (46 mm w projekcji koniuszkowej czterojamowej). Śladowa fala zwrotna trójdzielna nie pozwalała na wiarygodny pomiar ciśnienia skurczowego w jamie prawej komory. Czas akceleracji wypływu w tętnicy płucnej

oraz obraz radiologiczny klatki piersiowej nie wskazywały na obecność nadciśnienia płucnego. Z powodu rejestrowanego w EKG granicznego odstępu PQ (110 ms), pojedynczych komorowych zaburzeń rytmu serca poddano pacjentkę badaniu elektrofizjologicznemu. Wykluczono obecność drogi dodatkowej. Wykonano natomiast jednocześnie ablację podłoża komorowych zaburzeń rytmu znajdującego się w drodze odpływu prawej komory, uzyskując dobry wynik wstępny.

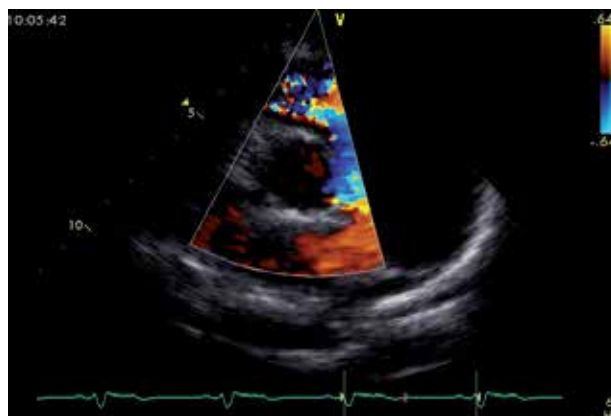
## Pytanie:

Jaką patologię powinno się rozpoznać u chorej i jaki należy przyjąć tryb postępowania?



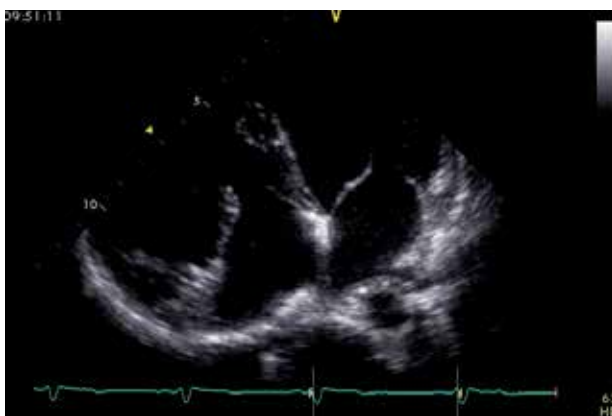
RYCINA 1

Prezentacja 2D (projekcja przymostkowa w osi krótkiej).



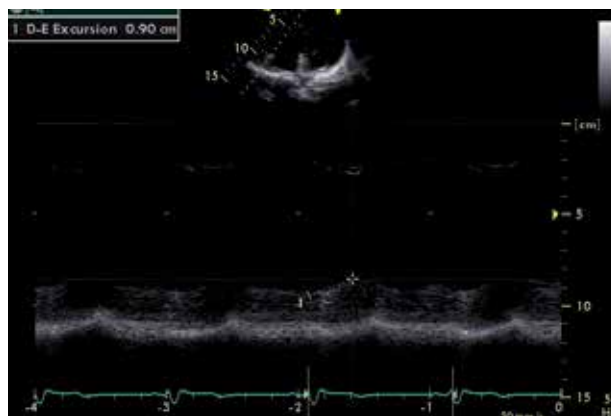
RYCINA 2

Badanie dopplerowskie znakowane kolorem (projekcja przymostkowa w osi krótkiej).



RYCINA 3

Prezentacja 2D (projekcja koniuszkowa czterojamowa).



RYCINA 4

Amplituda ruchu pierścienia trójdzielnego (TAM – tricuspid annular motion).

Odpowiedź na str. 66