

Случай 2

Пациент на 68 години, дехоспитализиран след дълготрайно лечение по повод на продължителна типична ангинозна болка, придружена от задух. Епикритични данни за остър миокарден инфаркт, усложнена сърдечна недостатъчност. Анамнеза за постинфарктна стенокардия.



Синусов ритъм, данни за преден обширен миокарден инфаркт. Задържката се ST-елевация е образ на предновърхова аневризма. ST-депресията в големите отвеждания е образ на левокамерна аневризма. ST-депресията в III и aVF. Депресията на ST-сегмента във V₁ не може да се обясни като реципрочна, тъй като е много близо до отвеждането с първичните промени (V₂). Това може да е в резултат на първични промени на задната стена на лявата камера. Не се откриват ясни доказателства за истински заден миокарден инфаркт, тъй като R във V₁ не е по-голям по амплитуда от S-зъбеца в същото отвеждане, като не е равен или по-продължителен от 0,04 сек. Голямата левокамерна аневризма може да бъде доказана ехокардиографски.

ОБСЪЖДАНЕ

Налице е патологичен Q-зъбец във V₂-V₆ и I и aVL (данни за миокарден инфаркт в предно-латералната зона). Изразената ST-елевация в тези отвеждания, която се задържа в няколко електрокардиограми, е образ на предновърхова аневризма. Регистрира се реципрочна депресия на ST-сегмента в III и aVF. Депресията на ST-сегмента във V₁ не може да се обясни като реципрочна, тъй като е много близо до отвеждането с първичните промени (V₂). Това може да е в резултат на първични промени на задната стена на лявата камера. Не се откриват ясни доказателства за истински заден миокарден инфаркт, тъй като R във V₁ не е по-голям по амплитуда от S-зъбеца в същото отвеждане, като не е равен или по-продължителен от 0,04 сек. Голямата левокамерна аневризма може да бъде доказана ехокардиографски.