

TABELA 19-1 Wskaźniki służące do szacowania pochodzenia VT z RVOT na podstawie 12-odprowadzeniowego EKG*

Przednie w stosunku do tylnych: czas trwania QRS, odprowadzenia II i III, kształt załamka R

Czas trwania QRS	>140 ms	≤140 ms	Rr' lub rr' w II i III	R w II i III
Ściana wolna	7	1	0	8
Przegroda	6	21	5	22

Strona lewa w stosunku do prawej: odprowadzenia aVR i aVL, amplituda zespołu QS, polarność odprowadzenia I

Amplituda zespołu QS	aVR < aVL	aVR ≥ aVL	Odprowadzenie I ujemne	Odprowadzenie I dodatnie
Lewa strona	18	5	20	3
Prawa strona	2	10	3	9

Góra w stosunku do dołu: odprowadzenia V₁ i V₂, amplituda początkowego załamka r

V ₁ i V ₂	Wysoki r*	†Niski r
Obszar proksymalny poniżej zastawki pnia płucnego	14	8
Obszar dystalny poniżej zastawki pnia płucnego		4
		9

LVOT w stosunku do RVOT; stosunek R/S w odprowadzeniu V₃

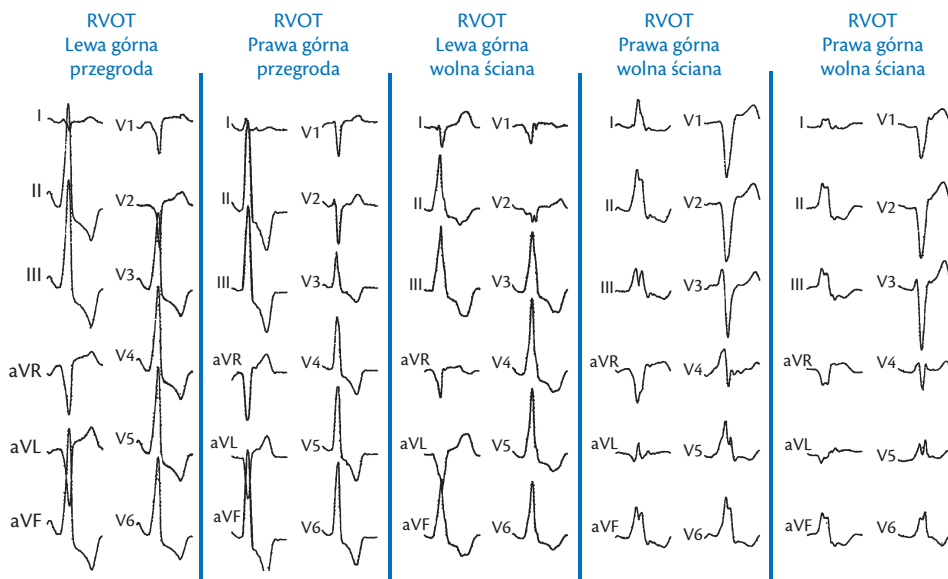
V ₃	R/S ≥ 1	R/S < 1
Obszar LVOT	4	1
Obszar RVOT	6	29

*Wysoki r oznacza amplitudę początkowego załamka R >0,2 mV w obu odprowadzeniach.

†Niski r oznacza amplitudę załamka r <0,2 mV w jednym lub obu odprowadzeniach.

LV = lewa komora (*left ventricle*); LVOT = droga odpływu lewej komory; RVOT = droga odpływu prawej komory.

Za: Kottkamp H, Chen X, Hindricks G et al.: Idiopathic left ventricular tachycardia: New insights into electrophysiological characteristics and radiofrequency catheter ablation. *Pacing Clin Electrophysiol* 1995;18:1285.


RYCINA 19-4 Obraz EKG przedwczesnego zespołu komorowego z drogi odpływu prawej komory (RVOT).

Lewostronne przednio-przyśrodkowe (*left, anteromedial*) vs prawostronne tylnoboczne (*right, posterolateral*) umiejscowienie arytmii z drogi odpływu prawej komory. Zasadniczo zespół QS w odprowadzeniu I występuje przy pobudzeniu, pochodzącym z miejsc, znajdujących się w obszarze przednioprzegrodowym lub blisko tego obszaru (najbardziej na lewo położona część RVOT w ustawieniu przednio-tylnym w pozycji na wznak). Kiedy miejsce pochodzenia przesuwa się w prawo, na przegrodę lub na wolną ścianę, załamki R pojawiają się w odprowadzeniu I i zaczynają progresywnie dominować, a oś zespołu kieruje się bardziej na lewo. Podobnie amplituda QS w aVL > aVR sugeruje pochodzenie z lewej strony RVOT; amplituda QS w odprowadzeniu aVR > aVL sugeruje pochodzenie ze strony prawej (ryc. 19-4)²³.

Porównanie górnej i dolnej części drogi odpływu prawej komory. Amplituda załamka R ma tendencję do osiągnięcia

większych wartości w odprowadzeniach V₁ i V₂ przy miejscach pochodzenia, zlokalizowanych na górze i po lewej stronie. Kiedy zaś miejsce pochodzenia przesuwa się w prawo lub na dół, amplituda prawostronnych przedsercowych załamków R wykazuje trend do zmniejszenia się oraz przesunięcia przedsercowej strefy przejścia w lewo. Ponadto amplituda załamka R w odprowadzeniach V₂ lub amplituda załamka r w odprowadzeniach V₁ i V₂ wyższa niż 0,2 mV sugeruje pochodzenie z góry. Im miejsce pochodzenia jest bliższe zastawki płucnej, tym bardziej na prawo i na dół oś jest skierowana. Z kolei zaś im bardziej z tyłu i z dołu zlokalizowane jest pochodzenie, tym bardziej oś jest skierowana w lewo (ryc. 19-4).

Częstoskurcze komorowe pochodzące z obszaru powyżej zastawki pnia płucnego. VT, pochodzące z obszaru powyżej zastawki pnia płucnego, są związane ze znacząco większym sto-