

Zawał serca czy zapalenie osierdzia?

Myocardial infarction or pericarditis?

Beata Mierzejewska, Aleksandra Czepiel, Ewa Makowska, Ewa Pilichowska, Beata Zaborska, Piotr Kokowicz

Klinika Kardiologii, Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, Szpital Grochowski, Warszawa

W niniejszej pracy przedstawiono EKG 52-letniego mężczyzny, którego przyjęto do kliniki kardiologii z powodu podejrzenia ostrego zespołu wieńcowego. Pacjent podawał w wywiadzie nietypowe bóle w okolicy przedsercowej występujące od 2–3 dni, pogarszającą się tolerancję wysiłku, rozpoznany przed 6 miesiącami nowotwór lewego płuca, przebyty z tego powodu kurs chemioterapii. W EKG (ryc. 1) stwierdzono uniesienie odcinków ST w odprowadzeniach I, V1–V5, z obniżeniem w odprowadzeniu aVR oraz obniżenie odcinków PQ w odprowadzeniach I, II, III i aVF, z uniesieniem w odprowadzeniu aVR.

Obraz EKG wymaga różnicowania między ostrym zawałem serca a zapaleniem osierdzia. Kopulasty kształt uniesie-

nia odcinka ST jest typowy dla zawału serca. Z kolei obecność obniżenia odcinka ST w odprowadzeniu aVR przy współistniejącym uniesieniu odcinków ST w wielu odprowadzeniach pozwala podejrzewać zapalenie osierdzia, ale wówczas uniesienie odcinków ST powinno występować również w odprowadzeniach kończynowych, a tutaj w stosunku do linii izoelektrycznej odcinka TP w odprowadzeniach kończynowych punkt J nie jest uniesiony.

Obniżenie odcinków PQ o amplitudzie powyżej 1 mm może świadczyć o zawale przedsionka, ale ten zwykle towarzyszy zawałowi ściany dolnej lub tylnej, a nie przedniej. W zasadzie bardziej charakterystyczne dla zawału przedsionka jest uniesienie odcinka PQ, ale występuje ono dość rzadko. Natomiast obniżenie odcinków PQ stanowi jedną z typowych elektrokardiograficznych cech zapalenia osierdzia [1–3].

U pacjenta w seryjnych badaniach biochemicznych nie zaobserwowano wzrostu stężenia markerów martwicy mięśnia sercowego. W badaniu echokardiograficznym stwierdzono nieruchomą okolicę koniuszka lewej i prawej komory oraz obecność 17-milimetrowej warstwy o pośredniej echogeniczności z niewielką ilością płynu za koniuszkiem i ścianą boczną. Ostatecznie rozpoznano zapalenie osierdzia u pacjenta z nowotworem płuca.

Czy Pani Profesor zgodzi się z naszym tokiem rozumowania?



Rycina 1. Elektrokardiogram w pierwszej dobie hospitalizacji

Piśmiennictwo

1. Bruce MA, Spodick DH. Atypical electrocardiogram in acute pericarditis; characteristics and prevalence. *J Electrocardiol*, 1980; 13: 61.
2. Spodick DH. Diagnostic electrocardiographic sequences in acute pericarditis: significances of PR segment and PR vector changes. *Circulation*, 1973; 48: 575–580.
3. Dąbrowska B, Dąbrowski A. Podręcznik elektrokardiografii. Wyd. 4. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2002.

Adres do korespondencji:

dr n. med. Beata Mierzejewska, Kliniczny Oddział Kardiologii, Szpital Grochowski, ul. Grenadierów 51/59, 04–073 Warszawa,
e-mail: bemierzejewska@wp.pl