

DOI: 10.5937/halo 19432-66272
UDC: 616.127-005.8-083.9 613.81

PRIKAZ SLUČAJA

SKRIVENI INFARKT MIOKARDA POD DIJAGNOZOM
ALKOHOLIZMA- PRIKAZ SLUČAJA

Mirković O. & al. Skriveni infarkt miokarda. Halo 194. 2026; 32(1): 14-17

*Olja MIRKOVIĆ, Andrijana ILIĆ, Verica VUKIĆEVIĆ, Marija RADULović,
Snežana PETROVIĆ, Ivana MILIVOJČEVIĆ BEVC*

Zavod za urgentnu medicinu Beograd, Srbija

Rad primljen: 05.04.2026.

Prihvaćen: 07.05.2026.

Korespondencija

Olja Mirković
Zavod za urgentnu medicinu
Beograd,
Ul. Franše D'Eperea 5
11000 Beograd, Srbija
Tel: +381 62 42 45 76
e-mail: oljam151@gmail.com

SAŽETAK

Uvod: Akutni infarkt miokarda može imati atipičnu prezentaciju, što otežava pravovremenu dijagnozu, naročito u prehospitalnim uslovima kada klinička slika može imitirati druga stanja, poput alkoholisanosti.

Prikaz slučaja: Ekipe službe hitne medicinske pomoći (SHMP), dobila je poziv za pacijenta muškog pola, koji leži na ulici uz sumnju na alkoholisanost. Po dolasku na lice mesta pacijent negira unos alkohola, navodi kratkotrajan gubitak svesti i bol u grudima. Nakon uzete anamneze i fizikalnog pregleda, urađen je EKG na kojem se uočava ST elevacija u D2, D3, AVF, ST depresija u D1, AVR, AVL, V1, V2, nakon čega je postavljena dijagnoza akutnog infarkt miokarda donjeg zida. Pacijentu je ordinirana terapija i na monitoringu je transportovan u angio salu.

Zaključak: Adekvatan i kompletan pregled pacijenata čak i na javnim mestima je veoma važan, kako se ne bi propustila po život opasna stanja i kako bi pacijenti bili zbrinuti na pravi način.

Ključne reči: infarkt miokarda, alkoholizam, EKG, hitna pomoć

UVOD

Akutni infarkt miokarda (AIM), je akutno stanje koje nastaje zbog ishemije srčanog mišića, najčešće usled potpune ili delimične opstrukcije koronarnih arterija. Posledica toga je nekroza miokarda koja može dovesti do trajnog oštećenja funkcije srca i komplikacija (aritmija, srčane insuficijencije ili iznenadne srčane smrti) [1]. Prema elektokardiografskom (EKG) nalazu, infarkt miokarda može da bude STEMI – infarkt sa elevacijom ST segmenta i NSTEMI - infarkt bez elevacije ST segmenta [2]. Faktori rizika koji dovode do nastanka AIM su: hipertenzija, hiperholesterolemija, dijabetes mellitus, pušenje, porodična istorija kardiovaskularnih bolesti, alkoholizam [3]. U tipičnoj kliničkoj slici prezentuje se sa bolom u grudima (stezanje, pritisak), koji se širi u levu ruku, vilicu, vrat ili leđa, praćen preznojavanjem, mučninom, vrtoglavicom, dok je kod dijabetičara AIM često asimptomatski [4]. Dijagnoza AIM postavlja se na osnovu EKG nalaza, vrednosti srčanih enzima (Troponin I/T, CK-MB), ehokardiografijom (procena funkcije miokarda) i koronarnom angiografijom (detekcija okluzije arterija) [5].

Studije pokazuju da 20% i 30% pacijenata sa AIM nema tipičan bol u grudima [6]. Takve prezentacije su česte kod infarkta donjeg zida zbog stimulacije vagusa i zahvaćenosti donjeg zida srca [7].

U prehospitalnim uslovima, dodatni dijagnostički problem može nastati kada okolina pacijenta njegovo stanje pripisuje drugim stanjima npr. alkoholisanosti, što može dovesti do pogrešne inicijalne procene i odlaganja adekvatnog zbrinjavanja [8].

PRIKAZ BOLESNIKA

Lekarska ekipa SHMP, upućena je na poziv zbog osobe muškog pola, koja bez svesti leži na ulici i za koju pozivalac misli da je u alkoholisanom stanju. Po dolasku na lice mesta ekipa zatiče svesnu osobu, koja navodi da trenutno ima bol u sredini grudnog koša, bez propagacije u ruku, leđa, vilicu, vrat. Takođe navodi da je bolu predhodila omaglica i gubitak svesti. Pacijent negira konzumaciju alkohola, negira hronična oboljenja. Navodi alergiju na Penicilin. Pri pregledu svestan, orjentisan, komunikativan, bez alkoholnog halitusa. Hipotenzivan (TA 80/60 mmHg), eupnoičan, normofrekfentan (frekvencija 70/min), umereno hiperglikemičan (7,4 mmol/L). Auskultatorni nalaz na srcu i plućima uredan. Nakon fizikalnog pregleda urađen je EKG, gde se uočava sinusni ritam frekvence 70/min, ST elevacija u D2, D3, AVF, ST depresija u D1, AVR, AVL, V1, V2, nakon čega je postavljena dijagnoza akutni infarkt miokarda donjeg zida (Figura 1.).



Figura 1. EKG zapis pacijenta (osnovni i prekordijalni odvodi)

Pacijentu je ordinirana dvojna antiagregaciona terapija (Aspirin 300mg i Ticagrex 180mg), otvorena venska linija, uključena infuzija 0,9% NaCl 500 ml i na monitoringu je transportovan direktno u angio salu. Urgentnom koronarografijom verifikovana je okluzija

medijalnog segmenta desne koronarne arterije (RCA), nakon čega je izvršena uspešna primarna perkutana koronarna intervencija (pPCI) sa implantacijom dva stenta (Figura 2.).

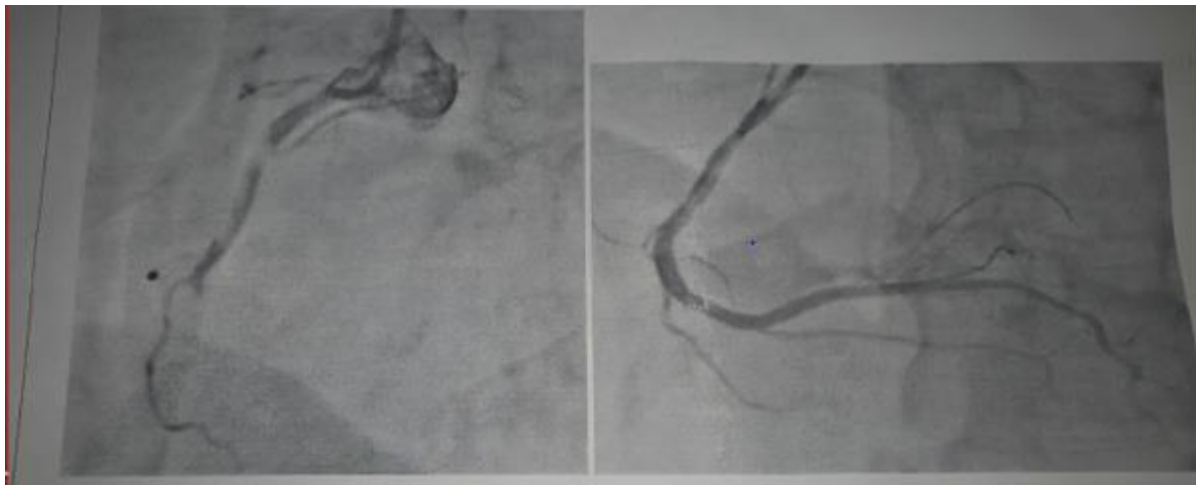


Figura 2. Angiografski nalaz

DISKUSIJA

AIM ostaje jedan od vodećih uzroka smrtnosti, a pravovremeno prepoznavanje u prehospitalnim uslovima ima ključnu ulogu u smanjenju mortaliteta [9]. Iako se najčešće prezentuje bolom u grudima, značajan procenat pacijenata ima atipične simptome, što predstavlja ozbiljan dijagnostički izazov za lekare hitne pomoći [10].

Prikazani slučaj stavlja u fokus, problem pogrešne inicijalne trijaže od strane laika, zasnovane na pretpostavci alkoholisanosti, što može dovesti u zabludu lekara koji

radi u Odseku za prijem i obradu naloga (Call centar 194), da poziv označi nižim nivoom hitnosti. U praksi urgentne medicine, pacijenti zatečeni na ulici, često se svrstavaju u grupu potencijalno alkoholisanih pacijenata, čime se može zanemariti postojanje urgentnih stanja [11]. U našem prikazu, ključni momenat je bio adekvatan klinički pristup i uzimanje anamneze, gde pacijent jasno negira unos alkohola i navodi gubitak svesti i bol u grudima.

Sinkopa kod AIM javlja se usled naglog pada krvnog pritiska (što je slučaj kod našeg pacijenta) i smanjenog dotoka krvi u mozak (cerebralna hipoperfuzija). Najčešći uzroci su aritmije, značajno smanjena snaga kontrakcije srca ili vazovagalni odgovor na jak bol [12].

EKG je osnovna dijagnostička metoda u prehospitalnim uslovima. Treba da se radi kod svakog pacijenta sa bolom u grudima, sinkopom ili nejasnim kliničkim stanjem [9,13]. Kod našeg pacijenta, EKG je bio presudan za postavljanje dijagnoze i donošenje odluke o hitnom transportu u angio salu. Ovo je u skladu sa preporukama koje naglašavaju značaj rane indentifikacije STEMI infarkta i skraćanja vremena do reperfuzije [9, 2]. Infarkt donjeg zida može imati atipičnu prezentaciju sa simptomima mučnine, povraćanja, opšte slabosti i hipotenzije što može imitirati gastrointestinalna ili neurološka stanja [12].

Rana reperfuziona terapija, naročito pPCI, značajno smanjuje mortalitet. pPCI sa implantacijom stenta predstavlja zlatni standard, dok se fibrinolitička terapija koristi ako pPCI nije dostupna [9].

Slični prikazi slučajeva u literaturi pokazuju da pacijenti sa atipičnom prezentacijom infarkta često bivaju prvobitno procenjeni kao intoksikovani ili sa nespecifičnim simptomima [14]. U radu Kwok et al. opisano je nekoliko pacijenata sa STEMI infarktom donjeg zida koji su inicijalno greškom tretirani kao alkoholna intoksikacija, što je odložilo PCI intervenciju. U poređenju sa ovim slučajevima, pravovremena primena EKG-a kod našeg pacijenta omogućila je brzu dijagnozu i adekvatno zbrinjavanje [11].

ZAKLJUČAK

AIM može imati atipičnu prezentaciju i biti pogrešno interpretiran kao stanje alkoholisanosti, što nosi rizik od kašnjenja u dijagnostici i lečenju. Obavezna primena EKG-a, pažljivo uzeta anamneza i klinički pregled, pogotovo na javnim mestima, predstavljaju osnovu pravilnog zbrinjavanja. Pravovremena dijagnoza i reperfuziona terapija poboljšavaju ishod pacijenta.

LITERATURA

- Rao SV, O'Donoghue ML, Ruel M, et al. 2025 ACC/AHA/ACEP/NAEMSP/SCAI Guideline for the management of patients with acute coronary syndromes. *Circulation*. 2025.
- Gulati M, Levy PD, Mukherjee D, et al. 2021 AHA/ACC guideline for the evaluation and diagnosis of chest pain. *Circulation*. 2021;144:e368-e454.
- Saha T, Saha S, Sharma A, et al. Current management of myocardial infarction: a review. *J Clin Med*. 2025;14:6241.
- Collet JP, Thiele H, Barbato E, et al. 2021 ESC guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation. *Eur Heart J*. 2021;42(14):1289-1367.
- McLaren J, de Alencar JN, Aslanger EK, et al. From ST-segment elevation myocardial infarction to occlusion myocardial infarction: the new paradigm shift in acute myocardial infarction. *JACC Adv*. 2024;3(11):101314.
- Shah ASV, Anand A, Strachan FE, et al. High-sensitivity cardiac troponin in the evaluation of patients with suspected acute coronary syndrome. *Circulation*. 2021;143:2212-2225.
- Sandoval Y, Thygesen K. Contemporary diagnosis and management of myocardial infarction. *J Am Coll Cardiol*. 2022;79(4):394-405.
- Ricci F, De Caterina R, et al. ECG patterns of occlusion myocardial infarction: a narrative review. *Ann Emerg Med*. 2025;85(4):330-340.
- Byrne RA, Rossello X, Coughlan JJ, et al. 2023 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes. *Eur Heart J*. 2023;44(38):3720-3826.
- Thygesen K, Alpert JS, Jaffe AS, et al. Fourth universal definition of myocardial infarction. *Eur Heart J*. 2018;40(3):237-269.
- Kwok CS, Mallen CD. Missed acute myocardial infarction: an underrecognized problem that contributes to poor patient outcomes. *Curr Opin Cardiol*. 2021;32(4):345-349.
- Collet JP, Thiele H, Barbato E, et al. 2020 ESC Guidelines for the management of non-ST –segment elevation acute coronary syndromes. *Eur Heart J*. 2021;42(14):1289-1367.
- Holmes K, Drone E, Lizardo K, et al. New electrocardiographic changes as predictors of acute coronary interventions in the emergency department. *BMC Cardiovasc Disord*. 2025;26:61.
- Sharp AL, Baecker AS, Nassery N, et al. Missed acute myocardial infarction in the emergency department-standardizing measurement of misdiagnosis-related harms using the SPADE method. *Diagnosis (Berl)*. 2021;8(2):177-186.

REVIEW ARTICLE

**ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION PRESENTING AS SUSPECTED ALCOHOL INTOXICATION –
A CASE REPORT**

*Olja MIRKOVIĆ, Andrijana ILIĆ, Verica VUKIĆEVIĆ, Marija RADULOVIĆ, Snežana PETROVIĆ,
Ivana MILIVOJČEVIĆ BEVC*

Institute for Emergency Medicine of Belgrade, Serbia

ABSTRACT

Introduction: Acute myocardial infarction may present atypically, making timely diagnosis challenging, particularly in prehospital settings where the clinical presentation may mimic other conditions, such as alcohol intoxication.

Case Report: An Emergency Medical Service (EMS) team was dispatched to evaluate a male patient found lying on the street with suspected alcohol intoxication. Upon arrival, the patient denied alcohol consumption and reported a brief loss of consciousness accompanied by chest pain. Following history taking and physical examination, an electrocardiogram (ECG) was performed. The ECG demonstrated ST-segment elevation in leads II, III and aVF, along with ST-segment depression in leads I, aVR, aVL, V1 and V2, leading to the diagnosis of acute inferior wall myocardial infarction. Appropriate therapy was administered, and the patient was transported under continuous cardiac monitoring directly to the catheterisation laboratory.

Conclusion: Careful and comprehensive patient evaluation, even in public settings, is essential to prevent life-threatening conditions from being overlooked and to ensure appropriate patient management.

Keywords: myocardial infarction, alcoholism, ECG, emergency medical service