

monálne kompenzovaná, dominovali vysoké hodnoty krvného tlaku (TK) 180/110 mm Hg a tachykardia s frekvenciou 116/min. Na elektrokar-diograme (EKG) pri prijatí (obr. 1) je sínusová tachykardia s frekvenciou 115/min, redukovaný kmit R vo V1-V4 a naznačená elevácia (do 1 mm) segmentu ST vo zvodoch I, II, V3-V6.

Laboratórne sme dokumentovali leukocytózu ($14,6 \times 10^9/l$), miernu hyponatriémiu (S-Na 130 mmol/l), hypokaliémiu (S-K 3,69 mmol/l) a hypo-chlorémiu (S-Cl 88,5 mmol/l), významnú eleváciu vysoko senzitivneho (hs) troponínu ($399 \dots 657 \mu g/l$), hladina CRP (1 mg/l) a NT-proBNP (73,78 ng/l) boli v pásme normy. Stav pacientky bol zhodnotený ako akútny infarkt myokardu bez elevácie segmentu ST (non STEMI) v kontexte hypertenznej emergencie. Vzhľadom na anamnézu stresového podnetu bolo vyslovené podozrenie i na stresovú, resp. katecholamínovú KMP. Farmakologická liečba zahŕňovala: fondaparín, aspirín, klopidogrel a izosorbiddinitrát, perin-dopril arginín, metoprolol sukcinát, atorvastatin a pantoprazol. Parenterálne sme korigovali iónovú dysbalanciu. Pre pretrvávajúcu výraznej intrapsy-chickej tenzie sme do liečby pridali diazepam. Približne po 7 hod hospitalizácie na koronárnej jednotke sme pacientku preložili na Oddelenie akútnej kardiológie - koronárnej starostlivosti Národného Ústavu Srdcových a cie-vnych chorôb v Bratislave, kde jej bola realizovaná selektívna koronarografia. Koronarografickým vyšetrením sa zistili len okrajové aterosklerotické zmeny na koronárnych cievach (obr. 2a, 2b). Ventrikulografiou ĽK sa potvrdila su-ponovaná stresová KMP s typickým obrazom apikálnej balónovej dilatácie („apical ballooning“) ĽK (obr. 3a, 3b). Pri transtorakálnej echokardiografii sa okrem porúch kinetiky v oblasti apikálnych segmentov ĽK zistila mierne redukovaná systolická funkcia ĽK (EF 48-50 %), diastolická dysfunkcia ĽK 1. stupňa, stopová aortálna a mitrálna regurgitácia 1. stupňa. Pacientka bola opätovne preložená na IV. internú kliniku LF UK a UN Brtislava za účelom odsledovania stavu. Na kontrolnom EKG (obr. 4) hlavnou zmenou oproti predchádzajúcemu EKG boli negatívne vlny T vo zvodoch I, II, V1-V6. Ďalší priebeh hospitalizácie bol bez výraznejších komplikácií. Do liečby po konzultácii so psychiatrom bolo pridané anxiolytikum a pacientka bola

v stabilizovanom stave s vyhovujúcimi hodnotami TK prepustená do ambulantnej starostlivosti. Kontrolné echokardiografické vyšetrenie bolo realizované po 2 mesiacoch s nálezom kompletnej reštitúcie porúch kineti-ky a systolickej dysfunkcie ĽK. Pre údaj palpitácií sa u pacientky ambulantne vykonalo 24-hodinové Holterovo monitorovanie EKG bez dokumentovania významnejších porúch srdcového rytmu. Pacientka zostáva naďalej v sle-dovaní kardiológa.

Diskusia

Prezentujeme prípad 63-ročnej ženy, u ktorej sa rozvinula stresová KMP o nezvyčajnom stimule. Už v úvode hospitalizácie sme na túto diagnózu mysleli práve pre anamnestický údaj atypického stresového podnetu - súrne potreby močenia počas cestovania z kúpeľov a výraznú intrapsy-chickú tenziu pacientky, ktorá si vyžiadala i podávanie anxiolytík. V literatúre je popisovaných niekoľko kazuistík s rôznymi spúšťacími sti-mulmi - po silnom a neočakávanom emočnom podnete, napr. v súvislosti s úmrtím blízkej osoby, rozvodom, stratou zamestnania, s interpersonál-nymi alebo finančnými problémami (6), ale aj po intenzívnom fyzickom cvičení, napr. pri tancovaní zumbi (7). V prípade neprimeranej reakcie na psychický stres, rovnako ako u našej pacientky ide často o predispono-vaných jedincov s preexistujúcou úzkostnou alebo panickou poruchou (8).

Japonskí autori prvýkrát potvrdili aktiváciu centrálnej nervovej sústa-vy u pacientov s „takotsubo“ KMP, u ktorých pomocou jednofotónovej emisnej počítačovej tomografie (single photon-emission computed tomography – SPECT) preukázali zvýšený prietok krvi v oblasti hip-pocampu, bazálnych ganglií a mozgového kmeňa a naopak znížený v prefrontálnom kortexe (9).

Od objavenia tejto klinickej jednotky viaceré pracovné skupiny zo-sumarizovali jej diagnostické charakteristiky. Nedávno bol publikovaný konsenzus kritérií vypracovaný expertami Európskej kardiologickej spoločnosti (EKS) (10), naša pacientka spĺňala väčšinu týchto kritérií. Diferenciálne diagnosticky je najdôležitejšie odlišenie stresovej KMP

Obr. 2 2a a 2b Koronarografia

