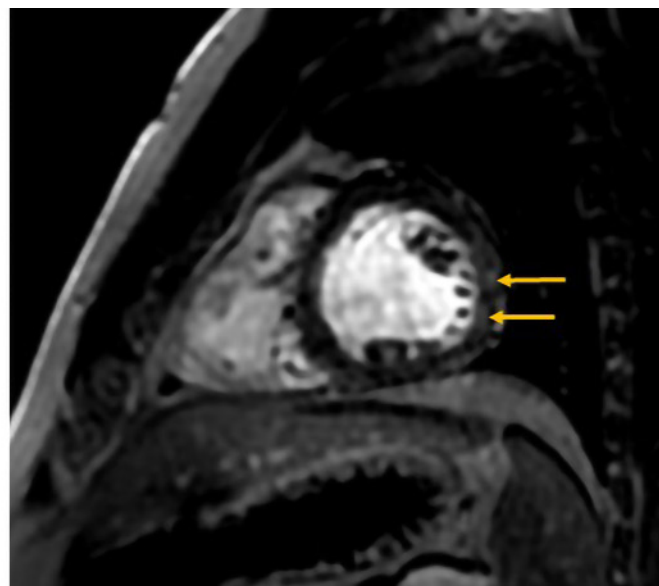
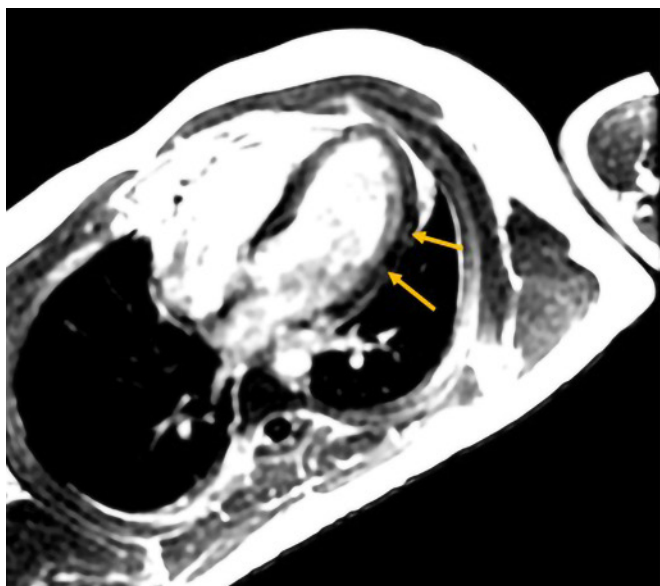


Obr. 1. Oneskorená postkontrastná MDE (myocardial delayed enhancement) sekvencia v štvrtutinovej projekcii (vľavo) a v projekcii v krátkej osi (vpravo). Prítomné hyperintenzívne zmeny laterálnej steny – late gadolinium enhancement (šípky). Nemali korelát akútnych zmien – s primeranými hodnotami T1 a T2 máp (Klinika diagnostickej a intervenčnej rádiológie LF SZU a NÚSCH, a. s. – pracovisko magnetickej rezonancie; 30.09.2021)



pocit dyspnoe a cefalea). Analýzou kardiomarkerov, EKG, echokardiogramu či pľúcnych funkcií nebola zistená dynamika nálezov. Magnetická rezonancia (MR) srdca (realizovaná tri mesiace od začiatku ťažkostí) bola s nálezom naznačenej hypokinézy bočnej steny ľavej komory midventrikulárne s prítomným oneskoreným vysycovaním gadolína – LGE (mierne, škvrnité zmeny, do 50 % hrúbky steny, 8 mm), bez akútnych edematózných prejavov (Obr. 1). Nález na perikarde aj ejekčná frakcia oboch komôr boli v norme.

Ortostatickým testom sme zistili zmeny typické pre syndróm posturálnej ortostatickej tachykardie (POTS) – nárast srdcovej frekvencie do patologických hodnôt (69...128/min) po 2 minútach v stoji, bez poklesu tlaku krvi (125/87...132/84 mmHg) alebo saturácie kyslíka (95...97 %). Ergometria bola negatívna z hľadiska ischemických zmien v rámci dosiahnutej záťaže (65 % kalkulovanej maximálnej tepovej frekvencie). Bicyklovanie pacient toleroval podstatne lepšie ako ortostatický test. Pôvodne zvažovanú CT-koronarografiu sme po uvedených zisteniach a aj vzhľadom na rezervovaný postoj pacienta nere realizovali. Ambulantné 24-hodinové meranie tlaku krvi bolo bez nálezu artériovej hypertenzie. Naopak, holterovským monitorovaním EKG sme zistili sklon k vyššej pokojovej srdcovej frekvencii (priemer cca 80/min), neprítomnosť jej poklesu v nočných hodinách a frekventnú symptomatológiu pri nevyznamnej záťaži (Obr. 2). Dysrytmie neboli prítomné. K metoprololu sme pridali ivabradín (2,5 mg 2x denne) a vilanterol bol nahradený za tiotropium bromid. Pre predpokladaný vplyv imunitných patomechanizmov sme dočasne zvýšili dávku prednizónu (na 10 mg), do liečby sme pridali kyselinu acetylsalicylovú (30 mg), kvercetín (500 mg 2x denne) a fosfatidylcholín (350 mg 2x denne). V manažmente POTS mal pacient odporučený vyšší príjem tekutín a soli, spolu s nosením kompresívnych pančúch. Torakalgie a cefalea boli podstatne miernejšie po zmene ibuprofenu za meloxicam (15 mg) na základe odporúčania neurológa. Imunoalergológ odporučil užívanie bilastínu (10 mg), laboratórne výsledky nesvedčili jednoznačne pre prítomnosť autoimunity

Obr. 2. Polymorfne ťažkosti pacienta počas 24-hodinového monitoringu EKG (Oddelenie funkčnej diagnostiky, UN - Nemocnica svätého Michala, a. s.; 29.9.2021)

VARIACIÁNY 25mg 1-0-
PREDNIZÓN 10mg 1-0-
RELVAR 1-0-0
BILGIN 400mg 1-0-1
NOLPAXA 20-0-20

DENNÍK PACIENTA

Rodné číslo: _____
Meno: _____ Priezvisko: _____
Lekár: MUDr. Varga _____ Dátum: 29.9.2021

Čas	Činnosť (čo ste robili)	Príznaky (čo pocítujete)
.....09:25.....h..... 9:20 - 9:40	Naloženie prístroja	sedieť, chvilu niekoľko
10:10 - 10:30	chôdka, stabilizácia malom rýchlym cesta po schodoch a naspäť	pocit na odstupku čierne pred očami slabý studený pot mierne kľuč gučenia
7:30 7:20 7:4:30	OBED	slabé potenie, občas dýchavosť, chvilu bolesť hlavy
15:30 - 15:50 16:53 hod.	HRA S DIEŤATOM Vyhodenie smeti	občas pod brúcho dýchavosť
17:55 18:50 20:00	na prechádzku predĺženie o smeti práca	slabé potenie, dýchavosť prítomnosť, občas, slaba

prítomnosť - sil' divane EKG kľuč neprítomnosť
ofarbované príčepovacie! kľuč
medicína, kľuč, kľuč, kľuč, kľuč, kľuč

či imunodeficitu. V diferenciálnej diagnostike sme vylúčili patológiu v dutine brušnej (sonograficky), neurogénnu etiológiu (MR mozgu s angiografiou) a endokrinopatiu (vrátane feochromocytómu) (Tab. 1 a 2).