

ván k léčbě nově zjištěné arteriální hypertenze pomocí kombinační farmakoterapie (bisoprolol/perindopril 2,5/2,5 mg jedenkrát denně perorálně). Rodinná anamnéza stran kardiovaskulárních onemocnění byla negativní.

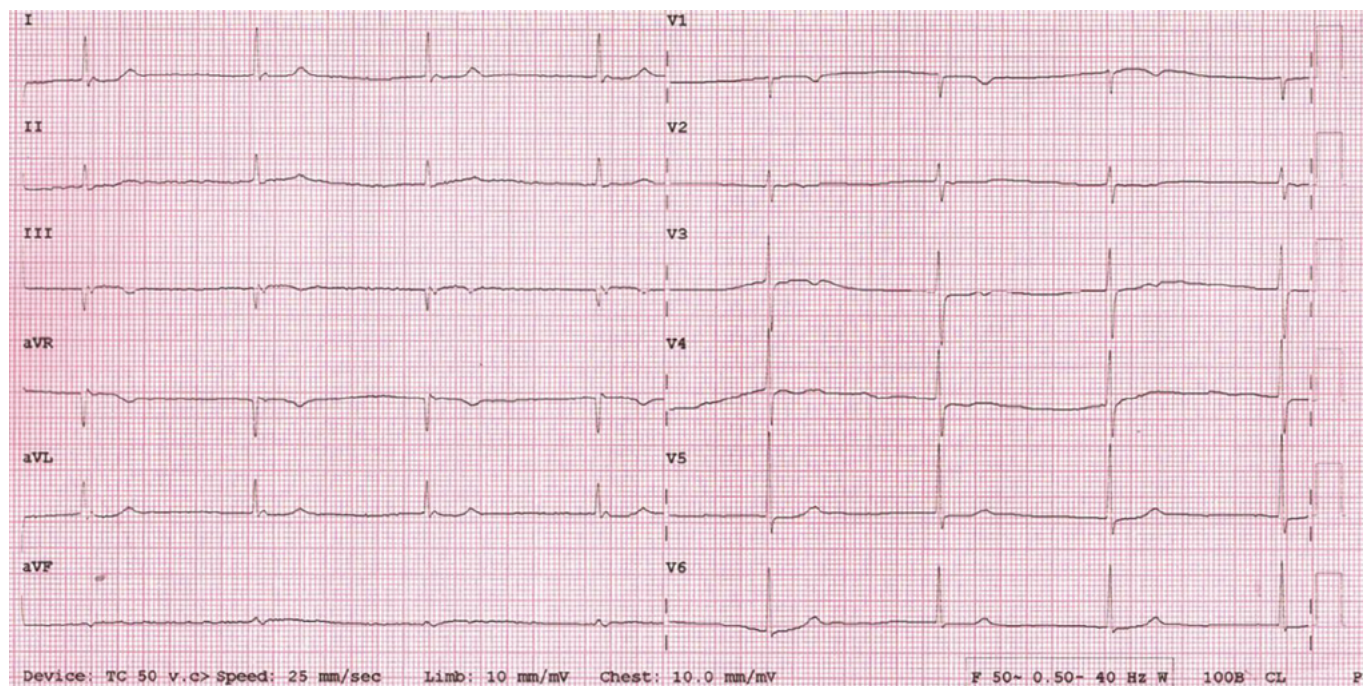
Již první den po zahájení antihypertenzní léčby utrpěl synkopy s následným úderem do hlavy ve stoje v koupelně při ranní hygieně. Druhá synkopa se opakovala téhož dne vsedě během návštěvy u svého praktického lékaře v čekárně. Pacient byl převezen do akutní příjmové ambulance, kde vstupně proběhlo neurologické vyšetření včetně počítačové tomografie (CT) mozku konkomitantně s CT angiografií přívodných mozkových tepen, které neprokázaly žádné patologické změny.

Následovalo kardiologické vyšetření, během kterého pacient anamnesticky udával sníženou výkonnost, nauzeu, opocení, celkovou slabost a ztížené dýchání. Nemocný byl normotenzní (140/70 mm Hg), ale bradykardický (45–50/min), fyzikální vyšetření bylo jinak bez patologických nálezů. Na elektrokardiogramu (EKG) byl zachycen junkční rytmus o tepové frekvenci 50/min (Obr. 1). Laboratorně byly zvýšené sérové hladiny renálních, zánětlivých a kardioselektivních parametrů (urea 10 mmol/l (3,5–8,1 mmol/l), kreatinin 126 μmol/l (60–105 μmol/l), CRP

111,9 mg/l (0–10 mg/l), ultrasensitivní troponin I 150 ng/l (0–53,5 ng/l); NT-proBNP 3131 ng/l (0–125 ng/l); leukocyty  $13,82 \times 10^9/l$  ( $4–10 \times 10^9/l$ ); D-dimery 3,94 mg/l (0–0,75 mg/l)).

Pacient byl odeslán k echokardiografickému vyšetření, při kterém byla zjištěna dobrá systolická funkce levé komory s ejection frakcí 60 %, ale v pravostranných srdečních oddílech byl detekován objemný isoechogenní nehomogenní útvar polokulovitého tvaru o velikosti 63 × 59 mm (Obr. 2 A), který komprimoval pravostranné srdeční oddíly včetně trikuspidální chlopně (Obr. 2 B). V rámci diferenciální rozvahy byla doplněna high-resolution počítačová tomografie (HRCT) hrudníku, která potvrdila progredující objemný intramurální a perikardiální hematoma již o velikosti 97 × 85 mm s patrným aktivním leakem kontrastní látky z arteria coronaria dextra (ACD), který utlačoval pravostranné srdeční oddíly. Na koronárních tepnách byly přítomny nástěnné aterosklerotické změny a na arteria coronaria dextra (ACD) v oblasti 7 cm od ostia bylo patrné aneuryzma o velikost 8 × 9 mm s paravazací kontrastní látky mimo lumen do pseudotumoru v oblasti pravé síně (Obr. 3 A, 3 B, 3 C). Selektivní koronarografie (SKG) tento nález potvrdila a zároveň vyloučila významné stenózy koronárních tepen (Obr. 4 A, 4 B, 4 C).

**Obr. 1.** Vstupní EKG s bradykardií při junkčním rytmu s retrográdními P vlnami za QRS komplexem zejména ve svodu I, III, aVL



**Obr. 2.** Echokardiografické vyšetření; A – čtyřdutinná projekce se zaměřením na pravostranné srdeční oddíly s objemným hematoma utlačující téměř celou pravou síň a část pravé komory; B – hematoma o velikosti 63 × 59 mm utlačující trikuspidální chlopuň a pravostranné oddíly; C – po kardiochirurgickém zákroku během hospitalizace, čtyřdutinná projekce s již odstraněným hematoma

