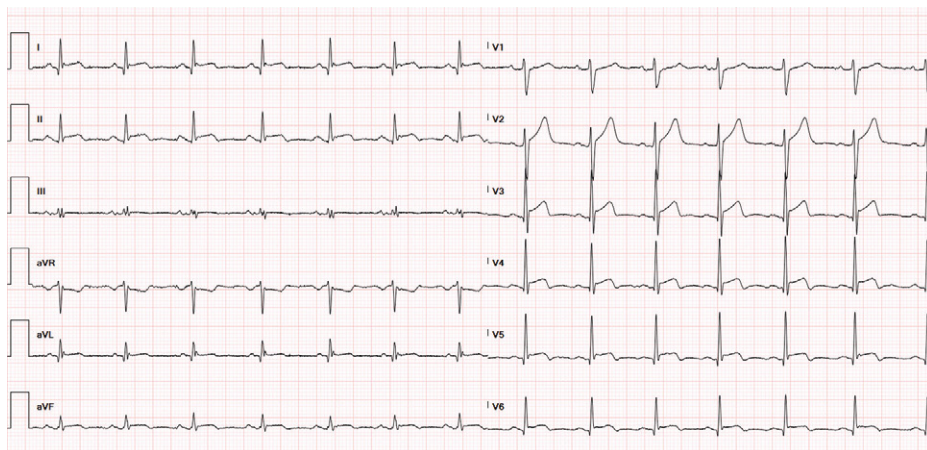
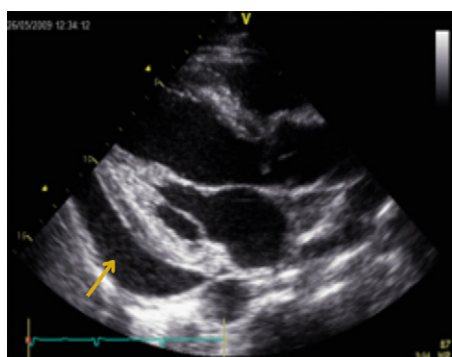
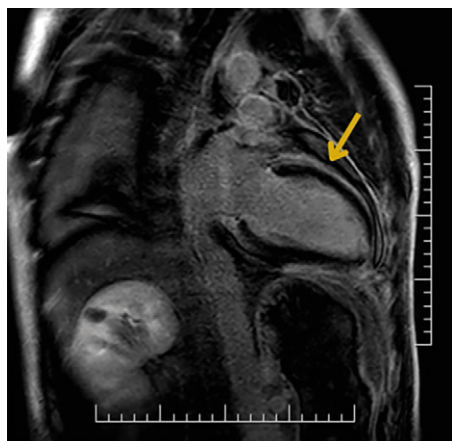


Obr. 1. Typické difúzní proximálně konkávní ST elevace u pacienta s akutní perikarditidou**Obr. 2.** Perikardiální výpotek za zadní stěnou levé komory naznačený šipkou**Obr. 3.** Pozdní sycení perikardu gadoliniem při vyšetření magnetickou rezonancí naznačené šipkou

častější patologický proces postihující perikard. Může se vyskytovat izolovaně nebo jako součást systémového onemocnění, kdy perikarditida často představuje první projev dané choroby. Jak již bylo zmíněno, nejčastější příčinou akutní perikarditidy ve vyspělých zemích jsou virové infekce. Další významnou příčinou jsou maligní onemocnění, přičemž neoplastická perikarditida je obvykle spojena s velmi nepříznivou prognózou, protože často doprovází pokročilou fázi základního onemocnění (2). Zánět perikardu u systémových

autoimunitních onemocnění se nejčastěji objevuje v souvislosti se Sjögrenovým syndromem nebo systémovým lupus erythematos (1). V celosvětovém měřítku je převládající příčinou akutní perikarditidy tuberkulóza, která je spojena s větším rizikem vzniku srdeční tamponády. Idiopatická a virová perikarditida mívají většinou benigní průběh a obvykle dobře reagují na léčbu nesteroidními antiflogistiky a kolchicinem. Naopak purulentní perikarditida, a také tuberkulózní perikarditida, představují závažné stavy s vysokou mortalitou. Příčiny vzniku akutní perikarditidy jsou přehledně shrnuty v tabulce 1.

Diagnostika

Pro potvrzení diagnózy akutní perikarditidy musí být splněna alespoň dvě ze čtyř klasifikačních kritérií: bolest na hrudi pleuritického charakteru, perikardiální třecí šelest, typické změny na EKG, nově vzniklý nebo progredující perikardiální výpotek (Tab. 2). Typickým projevem akutní perikarditidy je bolest na hrudi, která je obvykle lokalizována za sternem, respiračně vázaná a náhle vzniklá. Bolest se typicky zmírňuje při předklonu a ve vzprámené poloze, naopak v poloze vleže dochází k jejímu zhoršení. Bolest může také vyzařovat do oblasti musculus trapezius, pokud je postižen nervus phrenicus, který prochází perikardem (3). Při auskultaci bývá klasickým nálezem perikardiální třecí šelest, který se vyznačuje skřípavým trifázickým zvukem, způsobeným třením mezi zanícenými vrstvami perikardu. Tento typický šelest je nejlépe slyšitelný v předklonu, a to zejména na levé dolní straně sternu. V určitých fázích onemocnění je tento charakteristický šelest přito-

men u 35–85 % případů a jeho odhalení často vyžaduje opakované auskultace (3). U všech pacientů s podezřením na akutní perikarditidu se doporučuje natočit EKG. U více než poloviny pacientů dochází k typickým změnám EKG, které se vyvíjejí ve čtyřech fázích v průběhu onemocnění. Nejprve dochází k difúzním proximálně konkávním elevacím úseku ST, které nesledují povodí koronárních tepen a na rozdíl od akutního infarktu myokardu s ST elevacemi nejsou přítomny kontralaterální deprese ST. Naopak mohou být patrné deprese PQ úseku. Druhá fáze se většinou objevuje během prvního týdne a vykazuje normalizaci změn ST a PR úseku. Ve třetí fázi dochází k inverzi vln T a čtvrtá fáze je charakteristická normalizací vln T. Pacienti s akutní perikarditidou mohou pociťovat zvýšenou únavu, dušnost, bolesti svalů, u bakteriální perikarditidy jsou typické vysoké horečky a fulminantní průběh, naopak neoplastické perikarditidy nebo autoimunitně podmíněné mají častěji subakutní průběh (1, 2, 3).

Laboratorní vyšetření

V případě vyslovení podezření na akutní perikarditidu je kromě anamnézy, fyzikálního vyšetření a EKG doporučeno provést základní laboratorní vyšetření zahrnující známky zánětu (CRP) a markery myokardiální nekrózy (CK, CK-MB a troponin), přičemž kontrola hladin CRP hraje klíčovou roli při sledování farmakologické léčby akutní perikarditidy (2). Další doporučené laboratorní testy první linie zahrnují kompletní krevní obraz, iontogram, testy jaterních a ledvinových funkcí a hladiny hormonů štítné žlázy, které mohou naznačovat konkrétní etiologii onemocnění (1). Při pátrání po etiologii ve vyspělých zemích, kde není podezření na tuberkulózní infekci, může být toto vyšetření dostačující a další diagnostické testy nejsou nutné, protože většina případů reaguje velmi rychle na empirickou léčbu. Pokud však existuje podezření na specifickou příčinu perikarditidy, jsou nezbytná další vyšetření. Při podezření na tuberkulózní původ perikarditidy se provádí tuberkulinový kožní test nebo Quantiferon test (2). Pokud je silné podezření na autoimunitní onemocnění, stanovují se hladiny antinukleárních protilátek (ANA) a revmatoidního faktoru. Při suspekci na purulentní perikarditidu je nutný opako-