

přítomnost velkého perikardiálního výpotku s tloušťkou větší než 20 mm, nebo známky srdeční tamponády na echokardiografii. K malým rizikovým markerům patří imunosuprese, trauma nebo užívání perorálních antikoagulantů a myoperikarditida (2, 5).

Současné postižení myokardu

U části pacientů dochází k přestupu zánětu z epikardu na přiléhající myokard, u těchto pacientů tedy pozorujeme zvýšené markery myokardiální nekrózy (troponin, kreatinkináza). Při současném postižení myokardu se mluví o myoperikarditidě nebo perimyokarditidě. V případě, že pacient s perikarditidou vykazuje známky poškození myokardu bez nově vzniklého fokálního nebo difúzního postižení funkce levé komory prokázaného echokardiograficky nebo pomocí MR, používáme označení myoperikarditida. Jestliže jsou echokardiograficky patrné regionální či difúzní poruchy kinetiky levé komory, hovoříme o perimyokarditidě. K definitivnímu potvrzení přítomnosti myokarditidy je nutno provést en-

domyokardiální biopsii. K jednoznačnému stanovení diagnózy myokarditidy se doporučuje s přihlédnutím na klinické projevy u pacienta doplnit koronarografické vyšetření s cílem vyloučit akutní koronární syndrom (1, 2).

Léčba

Terapie akutní perikarditidy se vždy odvíjí od její etiologie. Základní léčbou u pacientů s nejčastější formou, tedy idiopatickou perikarditidou jsou nesteroidní antiflogistika (NSAID) nebo kyselina acetylsalicylová (ASA) v kombinaci s kolchicinem. Použití kyseliny acetylsalicylové by mělo být preferováno u pacientů s ischemickou chorobou srdeční (ICHS) nebo u pacientů s jinou indikací pro antiagregační terapii. Volba protizánětlivého léku se odvíjí od pacientovy anamnézy, komorbidit, od přítomnosti kontraindikací a možných vedlejších účinků dané léčby, a také od zkušenosti lékaře. Tento přístup zajišťuje individualizovanou a bezpečnou léčbu, která je přizpůsobena specifickým potřebám každého pacienta. V našich podmínkách bývá čas-

těji preferován ibuprofen. Další alternativou může být indometacin, který účinně zmírňuje bolest, ale má více nežádoucích účinků a zároveň by neměl být podáván u pacientů s ICHS, jelikož snižuje průtok koronárním řečištěm. Terapie se zahajuje účinnou dávkou (ibuprofen 600 mg à 8 h, ASA 750–1 000 mg à 8 h, indometacin 25–50 mg à 8 h), po ústupu potíží a normalizaci CRP, tedy obvykle po 1–2 týdnech dochází k postupnému snižování dávek každé 1–2 týdny, podrobné dávkování je uvedeno v tabulce 3. Postupné snižování protizánětlivých léků je velmi důležité v prevenci rekurence onemocnění. Od počátku léčby podáváme spolu s NSAID/ASA také kolchicin, který snižuje riziko rekurencí a zlepšuje odpověď na nesteroidní antiflogistika (1, 2, 4, 8, 9). Studie COPE (Colchicine for acute pericarditis), zahrnující pacienty s první epizodou akutní perikarditidy, ukázala, že kolchicin významně snížil přetrvávání příznaků po 72 hodinách a míru recidivy (10, 11). Tyto výsledky byly potvrzeny ve studii ICAP (Investigation on Colchicine for Acute Pericarditis), kde kol-

Exkluzivní přednáška pro lékaře, zdravotní sestry a další zdravotní odborníky

Může intervence koenzymem Q10 a selenem zpomalit stárnutí, snížit výskyt kardiovaskulárních onemocnění a zlepšit kvalitu života?

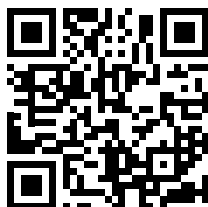
Prof. Dr. Urban Alehagen, švédský kardiolog a vědec, představí nejnovější výzkum na téma „Jak může věda zpomalit stárnutí člověka“ a přiblíží jeho dopady na zdraví srdce a proces stárnutí.

Brno 19.5.2025 v 18:00 Hotel BW International Brno | **Praha 20.5.2025 v 18:00** Konferenční centrum City



PŘEDNÁŠÍ:

Prof. Dr. Urban Alehagen,
renomovaný profesor
kardiologie na univerzitě
v Linköpingu ve Švédsku



Bližší informace o programu a registraci najdete na www.pharmanord.cz, nebo naskenujte QR kód, případně volejte na bezplatnou linku 800 100 622.

Simultánně tlumočeno.
Účast je zdarma, avšak kapacita je omezena. Registrujte se prosím co nejdříve.



Pharma Nord

Valčíkova 14, 182 00 Praha 8
800 100 622 • www.pharmanord.cz